UNIVERSITE DE PICARDIE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 1975

N° №21

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par Alain LAROME

né le 26 Mai 1947 à Dijon (Côte-d'Or)

ancien externe du centre hospitalo universitaire de Dijon

interne des Hopitaux psychiatriques de la région parisienne

présentée et soutenue publiquement le 17 mars 1975

UNE EXPERIENCE DE TROIS ANNÉES DE TRAITEMENT DE MALADES ALCOOLIQUES. DANS LE CADRE D'UN FOYER D'HÉBERGEMENT ET DE READAPTATION PAR LE TRAVAIL EN PICARDIE

Président : Professeur A. LORRIAUX

Jury : Professeur P. HARICHAUX
Professeur J. DELAHOUSSE
Docteur B. WOIMANT

LA VARENNE-COPY 94-SAINT-MAUR

IVERSITE DE PICARDIE - FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS -

ANNEE 1975 - N°

- T H E S E -

pour le

- D O C T O R A T E N M E D E C I N E -

(Diplôme d'Etat)

par Alain L A R O M E

Né le 26 Mai 1947 à Dijon (Côte-d'Or)

Ancien Externe du Centre Hospitalo Universitaire de Dijon -

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la région parisienne -

présentée et soutenue publiquement le 17 Mars 1975 -

-o-o-o-

- UNE EXPERIENCE DE TROIS ANNEES DE TRAITEMENT DE MALADES ALCOOLIQUES, DANS LE CADRE D'UN FOYER D'HEBERGEMENT ET DE READAPTATION PAR LE TRAVAIL EN PICARDIE -

Président : Professeur A. LORRIAUX

Jury : Professeur P. HARICHAUX
Professeur J. DELAHOUSSE
Docteur B. WOIMANT.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur A. L O R R I A U X

Professeur titulaire de clinique médicale -

Qui m'a fait l'honneur de présider ce travail sur l'alcoolisme.

Qu'il soit remercié pour l'accueil bienveillant et sincère qu'il m'a toujours réservé.

A Monsieur le Professeur P. H A R I C H A U X

- Professeur Titulaire de Physiologie -

Qu'il soit remercié de l'intérêt qu'il porte à l'alcoolisme et, par là-même, à cette thèse.

-o-

A Monsieur le Professeur Agrégé J. D E L A H O U S E

Sa présence en tant que Psychiatre dans ce jury est le garant de notre démarche et orientation.

-o-

A Monsieur le Docteur B. W O I M A N T

- Médecin de l'Hôpital de Compiègne -

Nous étant rencontré à travers les problèmes de réadaptation de nos malades et, ce, malgré des orientations de départ différentes. Une suite est donnée à notre collaboration par sa présence au Jury.

A mes Amis du Centre Hospitalier et Universitaire de Dijon -

-o-

A Monsieur le Docteur B L E A N D O N U
- Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques.

-o-

A Monsieur le Docteur B L A N A D E T
- Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques.

-o-

A Monsieur le Docteur L A U F F
- Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques.

-o-

A Monsieur le Directeur du Foyer d'Essomes et à son Equipe.

-o-

A mes Parents, à ma Soeur et sa Famille.

-o-

A Marie-Jeanne,

Charline,

Elise.

- S O M M A I R E -

INTRODUCTION..... Page I

CHAPITRE I -

- L'évolution des idées en matière réadaptative chez l'alcoolique, étude historique et critique :

1) - Historique et position du problème de l'alcoolisme..... Page 1

2) - L'évolution des idées en matière réadaptative et rééducative chez l'alcoolique..... Page 2

3) - Les Foyers de réadaptation pour malades alcooliques..... Page 3

CHAPITRE II -

- La présentation du Foyer d'Essomes..... Page 9

I - La mise en place de l'expérience institutionnelle relatée..... Page 10

A) Géographiquement..... Page 10

B) Dans le cadre de l'équipement psychiatrique du département..... Page 10

C) Dans le cadre des organismes de soins accueillant les malades alcooliques dans l'Aisne..... Page 11

D) Aspects administratifs, financiers, admission..... Page 13

E) L'organigramme du personnel soignant..... Page 13

II -Histoire diachronique de la vie institutionnelle et son évolution sur 3 années..... Page 16

A) Le Foyer avant notre arrivée..... Page 16

B) La première année 1971 - 1972..... Page 17

C) La deuxième année 1972 - 1973..... Page 20

D) La troisième année 1973 - 1974..... Page 21

CHAPITRE III -

- La présentation des pensionnaires du Foyer..... Page 22

I - Les comportements abandonniques..... Page 23

A) Quelques observations :

- Monsieur Albert O. "Le premier garçon du deuxième mariage de sa mère"..... Page 24

- Monsieur Jacques I. "A la recherche d'un temps à jamais perdu"..... Page 29

- Monsieur B. Jean-René "Le deshérité à la quête d'un toit"..... Page 33

- Monsieur François F. "Le désir de fonder un foyer"..... Page 34

.../...

.../...

B) La fonction de la mère chez l'alcoolique..... Page 36

C) La fonction maternelle de l'institution..... Page 39

II - Les comportements psychopathiques et la fonction d'hébergement du foyer..... Page 41

A) Quelques observations :

- Monsieur Alexis M. "Le Navigateur sans rivage"..... Page 42

- Monsieur Augustin B. "De la prison au Foyer de post-cure en passant par la boisson"..... Page 43

B) La fonction d'hébergement du Foyer..... Page 45

III - Les comportements psychotiques :

A) Trois observations cliniques..... Page 49

B) Vers une compréhension psychopathologique de ces états psychotiques..... Page 52

CHAPITRE IV -

- Les méthodes thérapeutiques utilisées au Foyer.... Page 56

I - Les réunions intérieures..... Page 57

II - Les réunions extérieures..... Page 73

III - Les thérapies individuelles..... Page 86 bis

A) La consultation..... Page 87

B) Quelques consultants..... Page 90

CHAPITRE V -

- Les Foyers de réadaptation pour malades alcooliques Page 95

I—Bilan : les deux rapports à la D.A.S.S..... Page 96

II—Résultats comparatifs..... Page 107

III—Perspectives d'avenir : vers un centre de soins et de réadaptation dans la communauté..... Page 112

CONCLUSION - ..... Page 115

- I N T R O D U C T I O N -

Parler d'une expérience vécue et concrête de plus de trois années oblige à une certaine déformation qui est celle de l'écriture et de la mise en page nécessaire à tout travail universitaire.

Quand cette expérience concerne un travail sur l'alcoolique et son alcoolisme, il est difficile de ne pas se heurter à un problème de langage, support de la communication que semble se partager ceux que chacun de leur côté réclament une certaine part de vérité sur la maladie - les alcoologues - les psychiatres - les anciens buveurs.

- La conception des alcoologues et des hygiénistes alimentaires est globaliste, elle vise à mettre en avant l'objet alcool extérieur avec souvent comme corrolaire une certaine ritualisation du traitement.

- Les conceptions des psychiatres, voire de certains psychanalystes et autres hygiénistes mentaux, insistent plus sur la problématique individuelle du sujet.

- Les anciens buveurs réclament leur part de savoir sur cette maladie qu'ils ont vécue dans leur propre corps.

Ainsi, trois approches souvent différentes, parfois contradictoires, rarement complémentaires, trois langages que l'on ne saurait confondre vont se cotoyer dans ce travail.

Il en résultera, peut-être, une certaine hétérogénéité, voire de l'ambigüité, qu'il était nécessaire, à mon avis, de retranscrire car elle fut celle de l'expérience.

Malgré cette difficulté et dès lors que le champ de l'alcoolisme n'est pas la propriété de personne, chacun y apportant son propre éclairage, celui de la formation et de sa pratique, il était légitime que je laisse entrevoir mon orientation psychiatrique.

En témoignent les reculs théoriques que j'ai pu prendre dans certaines parties du travail.

Pourtant cette expérience ne résulte pas l'alcoolisme et cela pour deux raisons :

1°) Les alcooliques, dont je vais parler, sont repérables :

- par leur origine, long passé hospitalier psychiatrique,
- par leur désadaptation professionnelle et familiale,
- par leur conduite d'échec.

Ce sont les malades les plus difficiles, les plus psychiatriques pour lesquels il était indispensable de mettre en oeuvre des méthodes thérapeutiques spécifiques.

2°) Ce sont des sujets hébergés dans un lieu de réadaptation, c'est dire que dans la description des cas, il faudra tenir compte de cet artefact, véritable maladie institutionnelle qui semble s'ajouter à la problématique de chacun.

Notre expérience ne concerne, donc, qu'un certain nombre de malades alcooliques traités dans des conditions précises et artificielles. Toute généralisation à l'alcoolisme des conclusions de notre travail ne pourra donc être faite qu'avec précaution.

.../...

Le premier chapitre de ce travail vise à resituer cette expérience de trois années de traitement de malades alcooliques en Foyer, dans le cadre plus général des dispositifs de soins offerts à l'éthylique, notamment pendant la période de la post-cure.

Le deuxième chapitre consiste en une mise en place de l'expérience institutionnelle relatée géographiquement et historiquement.

A cette présentation du Foyer succède le troisième chapitre qui, lui, concerne la présentation des pensionnaires à travers les troubles du comportement au Foyer.

Le chapitre suivant, en complément des précédents, décrit les différentes méthodes de traitement que nous avons utilisées (thérapies individuelles et de groupes).

Dans la dernière partie, nous posons le problème de la codification des résultats, de son efficacité, pour finalement le rapporter et le comparer à des expériences identiques.

- PREMIER CHAPITRE -

- L'EVOLUTION DES IDEES EN MATIERE READAPTATIVE CHEZ L'ALCOOLIQUE :

- ETUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE

L'étude d'un instrument de soins ayant vocation d'accueillir certains malades alcooliques, tel qu'un foyer d'hébergement, doit se référer pour être complète à l'évolution des idées en matière de traitement et de réadaptation.

Nous décrirons l'historique des attitudes médicales devant l'alcoolisme puis, à travers leur progression, nous tenterons de cerner l'importance qui a été faite à cette période de la post-cure.

1°) HISTORIQUE ET POSITION DU PROBLEME DE L'ALCOOLISME :

a) L'étude de l'alcoolisme ne commence vraiment qu'au milieu du XIXème siècle avec Magnus Muss (1852) qui dénonce l'alcool comme facteur de dégénérescence.

Parmi les travaux de l'école française, il nous faut surtout retenir Magnan (1874) - Lassègue (1881) - Legrain (1889). Tous ces auteurs insistent plus sur les aspects cliniques des troubles mentaux de l'alcoolique que sur leur pathogénie. A cette même époque, de nombreux auteurs tels que Magnan - Morel obscurcissent les problèmes étiologiques par des considérations moralisantes et passionnées reliées, étroitement, à la théorie régnante sur la dégénérescence = l'alcoolisme comme vice, apanage des dégénérés, qui conduit à la folie.

b) L'approche psychanalytique : Très tôt appliquée à l'alcoolisme, a historiquement constitué le début d'une attitude nouvelle dans la mesure où l'attitude des médecins, se dépouillant de ses préjugés et éléments passionnels, va se centrer sur l'étude des malades alcooliques.

Parmi ces auteurs, nous signalerons Abraham (1908), Sandor Ferenczi (1911), Juliusburger (1912), Victor Tausk (1915).

Les études de ces premiers disciples de Freud se verront, rapidement, complétées, au cours de cette époque de synthèse, de 1920 à 1945 par Kielholtz (1914) - Sandor Rado (1933), Glover et les auteurs kleiniens, Bergler (1925-1940).

c) Progressivement la recherche s'organise et se développe :

La pluralité des facteurs entrant en jeu dans le déterminisme de l'alcoolisme, rend nécessaire la mise en oeuvre de procédés d'investigations de plus en plus complexes. Citons, notamment, les travaux considérables des équipes du Yale Center of Alcohol Studies dont le principal animateur a été Jellinek.

d) Parallèlement aux recherches précédentes, la période contemporaine a vu se développer des recherches biologiques métaboliques démasquant toute une pathologie carentielle chez l'alcoolique.

L'abandon de cette attitude médicale fataliste et moralisatrice, allant de pair avec l'assouplissement des méthodes ségrégatives traditionnelles et la tendance à l'application des traitements ambulatoires, ou en cure libre, amenèrent les médecins à s'interroger sur la pathogénie de l'alcoolisme.

.../...

.../...

e)"En 1948, l'apparition du Disulfiram joua un rôle important à cet égard. Fascinés par l'apparente simplicité de ce procédé chimiothérapique, de nombreux médecins ont montré de l'intérêt pour le problème de l'alcoolisme. De plus, dans la mesure où l'efficacité de cette thérapeutique fut loin de se montrer décisive, elle contribua à souligner l'existence de facteurs névrotiques. Les procédés psychothérapiques se sont, progressivement, développés. Ils restent, aujourd'hui, les mieux fondés et les plus efficaces". Fouquet (EMC Névrose alcoolique).

f) Ainsi, la médecine a évoluer dans sa manière d'envisager le problème de l'alcoolisme. Cette évolution s'est traduite par l'apparition, il y a une vingtaine d'années, de nouvelles théories ayant pour centre, essentiellement, les travaux de Jellinek aux Etats Unis et de Fouquet en France.

Entre la conviction de Magnan qui écrivait : "Pour les chirurgiens, comme pour les médecins, l'ivrogne est un sujet à part : il sent, il souffre et il réagit autrement que les autres malades" et celle de Clavreul qui signait, récemment, un article intitulé "l'alcoolisme est une maladie", se situe toute une période que nous avons tenté de préciser car elle fut celle du développement de ce nouvel espace réservé : l'alcoologie.

-=-=-=

2°) L'EVOLUTION DES IDEES EN MATIERE READAPTATIVES ET REEDUCATIVES CHEZ L'ALCOOLIQUE (shéma n° 1)

a) La critique de la notion d'internement :

L'internement psychiatrique, seule issue, autrefois, réservée à de nombreux alcooliques, se voit remplacé par des hospitalisations en service libre. "Par ailleurs, la durée des internements pour alcoolisme s'est souvent réduite, dans de notables proportions et le temps n'est plus où l'on gardait un alcoolique dix ou quinze ans dans un service. L'espoir d'une sortie favorisée par les mesures réadaptatives envisagées, rend moins pénible l'éventualité d'une entrée ou d'un retour dans l'établissement de placement". Dublineau *

Parallèlement à cette évolution, la nécessité de créer des établissements de soins spécialisés pour alcooliques se concrétisa à l'occasion de la loi du 15 Avril 1954 sur les alcooliques dangereux. Cette loi du 15 Avril 1954, s'efforçant de concilier les deux notions de liberté individuelle et d'état dangereux, a eu comme particularité de ne pas être appliquée dans les faits. Elle aurait dû permettre la création de centres autonomes ou d'annexes ayant vocation de rééducation des éthyliques. En 1965, un seul centre est créé à La Membrolle (Indre et Loire), mais faute de locaux appropriés, il ne reçoit pas de malades dangereux. A Prémontré, dans l'Aisne, l'hôpital psychiatrique sera doté d'une annexe de ce genre dénommée S.R.E (service de rééducation des éthyliques). Cette section jouxtant l'hôpital psychiatrique se verra démantelée dans son fonctionnement par les nouvelles lois sur le secteur.

b) L'évolution des concepts réadaptatifs et rééducatifs :

L'importance accordée au fait "extérieur" ou extrahospitalier en matière réadaptative, s'est considérablement accrue ces dernières années. Cette donnée très générale n'est pas spécialement réservée au buveur. Dans l'ensemble, on hospitalise moins et on fait sortir plus tôt.

Cette politique, dite de secteur, constitua l'expression officielle de la politique sanitaire, psychiatrique française telle qu'elle est exprimée dans les circulaires du 15 Mars 1960 et du 14 Mars 1972, en vue d'organiser la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. Cette doctrine permettra de privilégier les institutions d'hospitalisation partielle : (Hôpital de nuit, de jour, à domicile, foyer de post-cure, atelier protégé).

.../...

* Dublineau : La loi du 15 Avril 1954 et l'état actuel des idées en matières réadaptatives. Information psychiat. (Nov. 1966)

A la lueur de cette évolution, Dublineau essaie de différencier les deux concepts rééducatifs et réadaptatifs, puis de préciser les normes qui permettent leur mise en pratique.

1/ La rééducation des malades alcooliques serait dévolue aux établissements de cure, au prix d'une ergothérapie mineure, ce qui peut être valable pour les alcooliques mineurs ou en début de carrière.

2/ La réadaptation extérieure est beaucoup plus complexe, notamment lorsqu'elle se fait dans le cadre de foyer. Nous insisterons, plus particulièrement, sur cette période de la post-cure.

c) La réadaptation dans le cadre des foyers de post-cure : principes généraux :

La réadaptation à la vie sociale et familiale peut se faire, à la sortie de la cure, dans le cadre du foyer, si certaines réglementations d'usage sont appliquées.

1/ La réadaptation par le travail :

Ces foyers de post-cure, dits de réadaptation, ne peuvent être des centres de repos. Ils doivent déboucher sur le travail extérieur : "Le pensionnaire doit travailler au dehors et, si possible, dans des conditions de salariat qui soient celles de l'homme quelconque". Dublineau.

Ainsi, ces foyers sous surveillance médicale n'appartiennent plus à l'univers hospitalier car ils sont branchés sur le monde du travail. Ce travail est investi, non pour lui-même, mais en tant qu'il est support, médiateur à la vie sociale. Le travail, selon Jaeggi "devient une composante du traitement et il permet la mise en place d'un dispositif où la signification des relations interpersonnelles s'introduit, naturellement, dans un discours qui n'appartient pas, exclusivement, au domaine de la psychiatrie". Jaeggi : Travail et thérapie de réadaptation E.M.C.

Le rôle thérapeutique de la situation de travail, ainsi mis en valeur, se trouve conformé lorsqu'on étudie la psychopathologie de l'homme alcoolique. Descombey, qui a consacré de nombreux écrits sur ce sujet, insiste sur le travail comme investissement essentiel chez l'éthylique. "Baromètre essentiel à ses yeux, repère pronostic aux nôtres. Travail et capacité de travail sont, on l'a vu, à double face, leurre, cache, piège où il nous prend, mais aussi perche énorme qu'il nous tend".

Compte tenu de ces éléments psychopathologiques, il apparaît légitime que la réadaptation, dans le cadre des foyers de post-cure, se fonde sur le travail à l'extérieur.

2/ La participation du pensionnaire à son traitement :

Travailleur à part entière, le sujet en post-cure doit participer à sa propre réhabilitation, en payant sa quote-part quotidienne. Il quitte, donc, son statut d'hospitalisé, d'assisté, en s'intégrant, progressivement, au monde du travail.

3/ La préparation de l'après post-cure :

Le foyer, lieu de transition facilitant la reprise du travail et, par là, le contact avec la vie sociale, doit préparer l'après post-cure, c'est-à-dire la période de totale indépendance. Plusieurs formules sont possibles. Elles seront détaillées ultérieurement.

3°) LES FOYERS DE READAPTATION POUR MALADES ALCOOLIQUES :

La création de ces lieux de réadaptation est donc, relativement, récente dans la mesure où ils apparaissent comme une structure de complément à la rééducation et à la cure de désintoxication. Parmi ceux-ci, ils nous faut distinguer deux sous groupe (voir le shéma n° 2).

1) Les foyers de post-cure, proprement dits, dont la réalisation la plus remarquable est celle du foyer de Chelles en Seine et Marne.

Nous rendrons compte du fonctionnement et de l'organisation de cette institution pilote que nous avons visitée et qui a fait l'objet de nombreuses publications du Docteur Dublineau ou de son Directeur M. Crozier. Une thèse de médecine leur a été consacrée en 1967 par M. Edrey ** (recherche sur les comportements des alcooliques chroniques dans un centre de post-cure).

2) Les foyers d'hébergement, dont le foyer d'Essonnes représente un aspect typique.

a) Les foyers de post-cure : Nous prendrons le foyer de Chelles comme type de description :

1) - Historique : Le foyer intérieur du service spécial des alcooliques:

La création du foyer de post-cure de Chelles est liée à une expérience de post-cure antérieure qui a eu lieu dans les locaux du service spécial des alcooliques de l'hôpital de Ville-Evrard. Le Docteur Dublineau, Médecin Chef, avait réservé un certain nombre de lits du service à l'hébergement de buveurs, anciens internés qui restaient sur place après sortie administrative. Ce système rendu possible par une tolérance de l'administration, a permis de garder près de 400 malades, le nombre de lits, qui leur sont affectés, variant entre 15 et 20. Les pensionnaires travaillaient dehors, comme salarié normal et rentraient le soir dans les locaux du service. Un personnal spécial était affecté, tant à la gestion financière du foyer (puisque les pensionnaires remboursent le prix de leur repas) qu'à son administration interne.

Ce foyer intérieur, intra-service, intra-muros, autonome, sur certains aspects, donna toute satisfaction et aboutit à la création d'un foyer extra-hospitalier à Chelles

2) Aspects administratifs, recrutement, agrément :

"Pour compléter, à l'extérieur, l'équipement en matière d'hébergement et d'hôtellerie, il a été créé à Chelles, à 5 kms environ du service, par le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme (C.N.D.A), un foyer extra-hospitalier de post-cure.

Ouvert depuis le 1er Novembre 1961, ce foyer a pour but le soutien et la surveillance des buveurs chroniques, en vue de leur réadaptation à la vie socio professionnelle normale. Il permet d'héberger des sujets isolés et déchus dans des conditions permettant un début de stabilisation, en déclenchant chez eux la prise de conscience nécessaire au succès de la post-cure" Edrey **

Ce foyer, ouvert grâce au C.N.D.C.A, accepta les malades alcooliques dès 1961. Ces malades devaient avoir subi une cure de désintoxication en milieu hospitalier. Progressivement, leur recrutement s'est modifié dans le sens d'une diversification. Les premières années, le foyer n'accueille que des alcooliques désintoxiqués. A cette clientèle monomorphe succèdent des malades alcooliques chez lesquels l'alcoolisme passe au second plan, derrière les perturbations mentales. Tous ont en commun d'être des isolés sociaux familiaux.

L'établissement est agrée par la sécurité sociale et l'aide sociale. Le prix de journée, pour 1974 a été fixé à 80 Frs, 10. L'établissement peut accueillir au maximum 23 pensionnaires. La plupart travaillent à l'extérieur, chez des employeurs. Les autres (qu'ils soient inaptes à une réadaptation externe d'emblée ou en congé de maladie) peuvent bénéficier des activités d'un atelier protégé interne au foyer. La durée

de séjour est fixée, en accord avec la sécurité sociale, à une période de six mois ou, plus rarement, de trois mois.

Dès la création du centre, il a été prévu des mesures particulières de prise en charge. Afin de faire participer, d'une façon aussi active que possible, les buveurs à leur réadaptation, il a été demandé à la sécurité sociale d'accepter une dérogation spéciale au statut type des foyers de post-cure, autorisant, administrativement, les foyers à se faire rembourser le prix des repas par les pensionnaires disposant d'un salaire normal.

Au bout de 13 ans de fonctionnement, ce foyer de post-cure apparaît comme un prototype en la matière. Sa réussite et sa réputation sont à la mesure des moyens financiers dont il dispose. Son prix de journée, suffisamment élevé, rend compte de l'importance du personnel d'encadrement.

3) L'organigramme du personnel d'encadrement :

Des consultations tri-hebdomadaires, qui ont lieu le soir lorsque les pensionnaires sont rentrés de leur travail, sont assurées par l'équipe médicale du service spécial.

Une réunion débat est organisée chaque semaine, en présence d'un des médecins, par les pensionnaires désireux de parler de leur difficulté d'adaptation à la vie socio professionnelle. Cette réunion est, parfois, dénommée "réunion anti-alcoolique".

Le Directeur du foyer est assisté de deux Directeurs adjoints, d'une Infirmière économe logée au foyer. Deux surveillants, anciens pensionnaires, assurent l'encadrement de l'Atelier protégé.

La direction du foyer est impliquée, non seulement, dans les problèmes administratifs, mais aussi dans un ensemble de préoccupations, d'ordre social, éducatives, réadaptatives (entretien avec les pensionnaires, liaison avec les centres de cure, recherches constantes de débouchés professionnels, liaison avec les employeurs).

4) La prise en charge de "l'après post-cure" :

Deux possibilités complémentaires sont utilisées :

a) Le restaurant thérapeutique :

Le restaurant thérapeutique permet aux anciens pensionnaires du foyer de post-cure de Chelles, de continuer à prendre leur repas à titre onéreux. Ces externes bénéficient de la même surveillance médicale que les pensionnaires. Cette formule leur permet de maintenir le contact avec l'institution de réadaptation.

b) La réservation des chambres :

La réservation des chambres permet aux anciens pensionnaires de se libérer de la vie collective du foyer tout en maintenant les contacts par l'intermédiaire du restaurant thérapeutique.

Né d'une initiative du Docteur Dublineau, grâce à l'appui du C.N.D.C.A, ce foyer de Chelles a permis d'accueillir un grand nombre de malades alcooliques désinsérés, en vue de faciliter leur réadaptation. Les moyens financiers et humains dont dispose ce centre sont à la mesure des résultats qu'il obtient.

A l'opposé de ces institutions officielles de post-cure, "les foyers d'hébergement" font figure de "parents pauvres" tant administrativement que médicalement.

b) Les foyers d'hébergement : Type de description :

- Le foyer d'Essonnes-sur-Marne :

Les foyers d'hébergement (dont le foyer d'Essonnes-sur-Marne qui fait l'objet de ce travail) se différencient des centres de post-cure, administrativement, dans la mesure où ils ne possèdent pas l'agrément de la sécurité sociale, mais seulement de l'aide sociale en matière d'hébergement. Leur prix de journée est, donc, relativement peu élevé. Celui du foyer d'Essonnes était fixé à 42 frs - en 1974 -

Si les buts recherchés (la réadaptation par le travail, le contact avec les employeurs) sont les mêmes, les moyens dont ils disposent pour arriver à ces fins sont minimes.

A titre d'exemple, le personnel administratif est représenté par un Directeur, parfois aidé dans sa tâche par deux surveillants anciens buveurs. La présence médicale est partielle, hebdomadaire ou bi-hebdomadaire. Une assistante sociale a été engagée en vue d'étudier avec le Directeur et le Médecin les problèmes de réadaptation sociale, mais sa présence est intermittente.

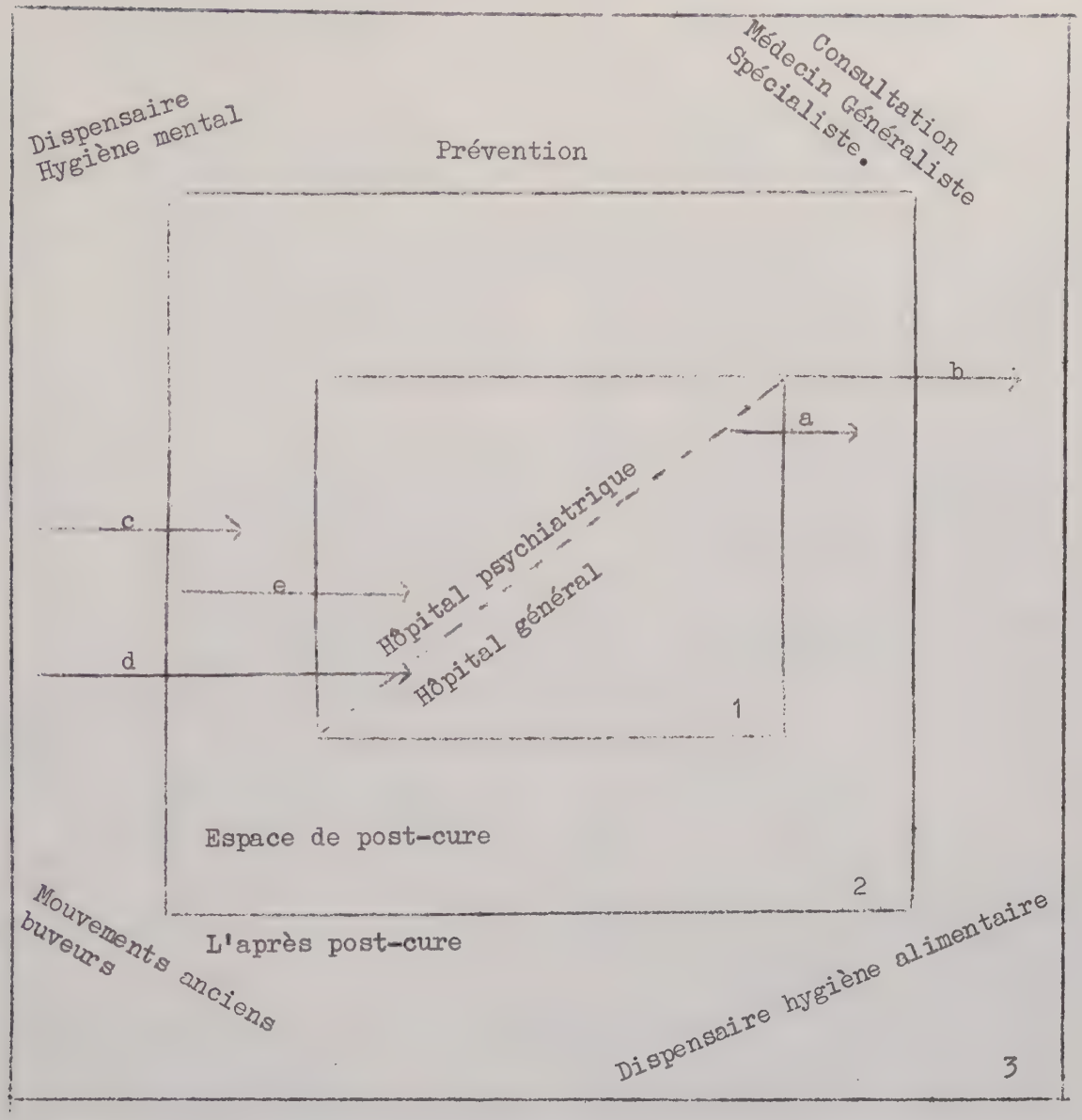
La durée des séjours est, par contre, plus longue et le renouvellement des stages est obtenu avec plus de facilité que dans un établissement de post-cure.

Les possibilités qu'offre l'après post-cure sont limitées car le relogement à l'extérieur du foyer est pratiquement inexistant à Chateau-Thierry. Beaucoup de foyers d'hébergement ont donc créé des annexes où les pensionnaires sont logés et nourris, bénéficiant de la même aide médicale qu'auparavant. Cette vie collective maintenue leur permet de survivre en dehors des structures hospitalières.

Par ailleurs, ces foyers d'hébergement sont gérés par les mouvements d'anciens buveurs, notamment le mouvement vie libre, ce qui donne certaines caractéristiques aux méthodes de traitement appliquées dans ces établissements. La prise d'Espéral, obligatoire, est érigée en dogme, alors qu'elle est facultative au foyer de Chelles, bien que fortement recommandée.

Ces foyers d'hébergement, dont nous venons de tracer les grandes lignes, peuvent donner l'impression de fonctionner dans des conditions précaires. Seule l'activité militante, à laquelle s'ajoute une bonne part de bénévolat, leur permet d'assurer leur rôle de foyer de réadaptation.

- LE DISPOSITIF DE SOINS OFFERT AUX MALADES ALCOOLIQUES -



vers une vie autonome

1) L'espace 1 représente l'univers hospitalier psychiatrique ou de médecine générale que peut rencontrer un alcoolique au cours de sa maladie. C'est aussi l'espace de la cure de désintoxication.

2) L'espace 2 représente l'univers de la post-cure et de la réadaptation, donc, celui du foyer compris entre le monde des soins et celui du travail.

3) L'espace 3 correspond au domaine transitionnel de l'après post-cure, dernière étape avant la vie autonome. Le sujet peut consulter son Médecin traitant , se rendre aux consultations des dispensaires d'hygiène mentale ou alimentaire, maintenir des contacts avec les mouvements d'anciens buveurs ou d'éducation sanitaire. Cet espace est, également celui de prévention.

Le mode d'entrée, dans une institution, peut se faire selon deux modes :

1°) <u>le plus fréquent</u> : A la sortie de l'univers hospitalier, le sujet est admis dans un foyer (a), qu'il pourra quitter (b) ultérieurement.

2°) <u>Si les structures de prévention sont suffisamment développées</u>, le sujet peut être admis dans le foyer de réadaptation, après avoir subi un traitement ambulatoire (c). Si son état est suffisamment grave, il est admis à l'hôpital (d) et placé dans un foyer de réadaptation à sa sortie (a).

LES FOYERS DE READAPTATION POUR ALCOOLIQUES -

	Foyer de post-cure	Foyer d'hébergement
Type organisme gestionnaire	CHELLES Comité national de lutte contre l'alcoolisme (CNDCA)	ESSONNES-sur-MARNE Mouvement vie libre
Financement	Sécurité Sociale Agrément Aide Sociale	Aide sociale hébergement
Prix de journée 1974	80 Frs,10.-	42 Frs.-
La réadaptation par le travail	Reclassement professionnel à l'extérieur du foyer - contacts avec les employeurs - Atelier protégé intérieur bien structuré -	Reclassement professionnel à l'extérieur du foyer - contacts avec les employeurs - Petite ergothérapie intérieure peu structurée.
Organigramme Consultations médicales	Tri-hebdomadaires (3 médecins vacataires)	Hebdomadaires (1 médecin)
Réunions de groupes	Hebdomadaires	Hebdomadaires (intérieures) (extérieures)
Assistante Sociale	-	1 Assistante sociale attachée au foyer -
Administration gestion	1 Directeur 2 Directeurs adjoints 1 Infirmière Econome à demeure 2 Surveillants d'Ergothérapie, anciens buveurs	1 Directeur - - 2 Surveillants anciens buveurs.
durée de séjour	Stricte 3 à 6 mois	Souple 6 mois - 1 an ou plus
Restaurant thérapeutique	Institué	Ebauché
Logement à l'intérieur du foyer	Possible	Quasi impossible
Annexe d'hébergement du foyer	Création non envisagée	Projet en cours.

- D E U X I E M E C H A P I T R E -

- LA PRESENTATION DU FOYER D'ESSOMES -

I - La mise en place de l'expérience institutionnelle relatée

II - Histoire diachronique de la vie institutionnelle et son évolution sur trois années.

I - LA MISE EN PLACE DE L'EXPERIENCE INSTITUTIONNELLE RELATEE GEOGRAPHIQUEMENT ET COMME LIEU DE SOINS DANS LE CADRE DE L'EQUIPEMENT PSYCHIATRIQUE DU DEPARTEMENT.

L'expérience institutionnelle relatée concerne trois années de fonctionnement d'un Foyer d'hébergement pour Alcooliques situé dans le sud de l'Aisne à ESSONES-sur-MARNE près de CHATEAU THIERRY.

A - GEOGRAPHIQUEMENT L'Aisne reste une de ces zones préservées au coeur de régions fort peuplées, blotti entre l'Ile de France, le Nord et la Cham--pagne Ardenne, offrand une harmonieuse diversité de paysages.

Si les régions de Saint-Quentin, Channy, La Fere sont dominées par l'Industrie, le reste du département est essentiellement agricole. Le Nord, la Thiérarche, pays de bocages verdoyants où les patures alternent avec les forêts et les étangs, voisinent les Ardennes.

LAON est la ville administrative essentiellement tournée vers son prestigieux passé avec ses soixante quatorze monuments hystoriques classés. Elle est d'ailleurs citée en exemple dans les manuels de Géographie des Etudes Secondaires pour illustrer ce type de ville qui péri--clitent et involuent.

Le sud du département de l'Aisne proposen des pay-sages différents. Là on n'est plus en pleine Picardie mais déjà aux portes de l'Ile de France à l'ouest, et de la Champagne à l'est. CHATEAU THIERRY est située au carrefour de ces deux provinces à 90 kmsde PARIS et 63 kms de REIMS.

L'Aisne ainsi resitué géographiquement nous laisse donc l'impression d'un département peu développé, véritable région de passage, profondément marquée dans le Nord par un chomage endémique alors que les en--treprises agricoles du sud décadentes sont transformées en maison de week--end par les Parisiens.

B - DANS LE CADRE DE L'EQUIPEMENT PSYCHIATRIQUE DU DEPARTEMENT - Ce sous-développement économique, universitaire, industriel a pour corollaire un sous-développement de l'équipement psychiatrique tout entier résumé par un immense Hôpital psychiatrique départemental à PREMON TRE au sein de la forêt de COU CY.

Ce batiment est à lui seul un monument fascinant dont le nom nous rappelle l' Ordre de ces Moines autrefois puissants que Saint-Norbert rassembla dans ces lieux dès le XIIième Siècle.

La pratique des activités psychiatriques de secteur est résumée par l'existence de quelques Dispensaires d'Hygiène Mentale dispersés dans les plus grandes villes du département.

Seuls deux Foyers semblent venir contre dire cette politique de l'hospitalocentrisme.

1) LE FOYER DE POST-CURE DE SOISSONS, créé en Avril 1968 sous l'égide du Centre de Santé publique est destiné à accueillir les malades mentaux du département en vue de favoriser leur post-cure, s'opposait cependant à l'admission de malades alcooliques.

2) LE FOYER D'ESSOMES dit " L'ESPERANCE " à proximité de CHATEAU-THIERRY à plus de 80 kms de l'Hôpital de Prémontré est lui, destiné à la resocialisation des alcooliques.

Avant de présenter plus complètement cet établissement de réadaptation il nous faut préciser la politique de lutte contre l'alcoolisme telle qu'elle est réalisée dans le département.

-=-=-=-=-=-=-

C - LA PLACE DU FOYER d'ESSOMES DANS LE CADRE DES ORGANISMES DE SOINS ACCUEILLANT LES MALADES ALCOOLIQUES DANS L'AISNE.

LA PERIODE HOSPITALIERE.

Il n'est pas de notre propos de mener une étude exhaustive sur la morbidité alcoolique en Picardie, ni même de répertorier les lieux de traitements spécialisés, nous nous contenterons d'insister sur le rôle qui est dévolu à l'Hôpital Général et aux maisons psychiatriques dans ce domaine.

L'HOPITAL GEN ERAL.

L'Hôpital dontnous avons une expérience personnelle reçoit beaucoup de sujets alcooliques, récidivistes,se cantonne le plus souvent à traiter les complications digestives, neuro-psychiatriques ou autres de l'alcoolisme.

Cette attitude de démission devant les alcooliques est fort bien dite par le Docteur WOIMANT lorsqu'il relate ce qui était son attitude thérapeutique avant qu'il ne se sente concerné par ce genre de problème.

- " Jusqu'à il y a 5 ans, je faisais comme la plupart des médecins hospitaliers,

- des soins certes, parfois longs et complexes avec des explorations et des interventions " lourdes ", arrivant plus ou moins à " retaper " le malade pour une période de durée variable et incertaine.

- quelques conseils de sobriété ou d'abstinence du type "Allez et ne buvez plus"

- Dans les meilleurs cas, une ordonnance d'Espéral avec de vagues indications sur la façon de s'en servir ".

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE de PREMONTRE reçoit lui également un grand nombre d' alcooliques dans un pavillon à part appelé Service de Rééducation des Ethyli--ques, créé pour recevoir également les alcooliques dit dangereux par la Loi du 15 Avril 1954. Cet établissement situé à proximité même des murs de l'asile, reçoit les sujets demandeurs de cure de désintoxication.

Rapidement la sectorisation psychiatrique va morceller l'unité de cet établissement qui se trouvera être fréquenté par tous les Médecins, une Direc--tion médicale remplaçant le dernier Médecin-Chef dès 1970. La seule permanen--ce thérapeutique étant assurée par le personnel Infirmier. Dès 1971 certains Médecins-Chefs vont recevoir leurs alcooliques dans leurs pavillons, leur im--posant ainsi le même traitement qu'aux autres malades mentaux.

Que dire de l'alcoolique à l'Hôpital Psychiatrique sinon que le ris--que essentiel qu'il encourt est l'asilation " Petit à petit il s'habitue à l'Hôpital et l'Hôpital s'habitue à lui ". Il rend quelques services, devient rapidement un bon malade. Le voilà employé aux cuisines, à la dépense, à la coopérative, il occupe les bonnes places de l'hôpital. Son alcoolisme n'in--téresse plus personne. Il est même toléré parce que le plus souvent il conti--nue à boire, mais en échange de petits services rendus on ferme les yeux.

On peut dire dans ce dernier cas, le malade annexé à l'Hôpital Psy--chiatrique manipule cette collectivité en même temps qu'il est manipulé par elle, mais le véritable problème de l'alcoolisme est bien rarement abordé, il est scotomisé.

Là comme ailleurs on demande à l'alcoolique de ne pas faire scandale même s'il continue à consommer de l'alcool et à cacher les bouteilles dans la forêt " RAINAULT Revue de l'Alcoolisme.

Des vicissitudes inhérentes à la prise en charge des alcooliques durant la période hospitalière nous apparaissent autant à l'Hôpital Général qu'en milieu psychiatrique. Les solutions les plus satisfaisantes ont été celles qu'a apporté le service de rééducation des éthyliques à Prémontré avant qu'il ne soit quasi démantelé dès 1970. La pratique des cures de désin--toxication dans certains services de médecine générale nous est apparue comme très intéressante dans la mesure où elle permettait à certains éthyliques d' éviter les circuits psychiatriques.

La cure de désintoxication est malheureusement vécue comme un mythe autant par les médecins que par leursmalades. Elle vise grossièrement à trans-former un individu en le sevrant puis en le dégoutant de sa boisson favorite. Aujourd'hui buveur, demain abstinent, il est "sujet supposé avoir compris". Une telle attitude est souvent utopique d'autant qu'on ne peut pa s parler de guérison chez l'alcoolique car aucun traitement ne permet à l'alcoolique de récupérer sa liberté devantnl'alcool/ " La dépendance reste une cicatrice in--délibile, le patient est définitivement devenu un infirme de l'alcool "(*)

" La phase la plus importante est donc la post-cure, c'est-à-dire l'apprentis--sage de l'abstinence dans la vie quotidienne et cela peut durer des années avec la prise régulière d'une béquille médicamenteuse et une surveillance médicale sous forme de consultations progressives " (*)

(*) REY BRISSON LA CURE DE DESINTOXICATION MYTHE ET REALITE

L'après cure est la période où peut se dévoiler " larechute " -
L'après cure est aussi la période possible de l'abstinence plus ou moins longue, toujours remise en question à la moindre dérobade.
Les anciens buveurs reprennent à leur façon ces deux précepte fondamentaux lorsqu'ils disent :

- la rechute fait partie de la maladie
- Il n'y a pas de guérison de notre maladie mais une stabilisation.

A la sortie de la cure ce qui menace donc l'alcoolique c'est la rechute, c'est -à-dire la possibilité de retourner à l'hôpital pour y subir une nouvelle cure. Certains regagnent leur domicile y retrouvant leur famille, leur travail, évi--tant autant que ce peu les mauvaises rencontres. Ceux là sont nombreux, ils consultent leur médecin traitant ou parfois dans les dispensaires.
D'autres sont isolés et ils peuplent les hôpitaux psychiatriques et les pavil--lons de chroniques.

D) LE FOYER - ASPECT ADMINISTRATIF, FINANCIER, ADMISSION -

La création en Juin I970 par le mouvement Vie Libre d'un Foyer d'hébergement à Essomes-sur-Marne avait pour but de venir en aide à ces isolés dès lors que l'isolement apparaissait comme un obstacle majeur à la guérison.

Ce Foyer est donc géré par une Association dénommée Association " FOYER VIE LIBRE " L'ESPERANCE " selon la loi du I.7.I90I

Cette Association a acheté une ancienne maison bour--geoise et son parc cotoyant la marne, la transformant en Foyer dit l'Espérance. Une annexe jouxtant le batiment principal, permet d'accueillir jusqu'à plus de quarante pensionnaires.

1) LE FINANCEMENT

Le financement de cette institution sous la forme d'un prix de journée n'est pas le fait de la sécurité sociale, ce qui la différencie d'un Foyer de Post-Cure comme celui de Chelles, mais par l'AIDE SOCIALE. Ce prix de journée avait été fixé à 35 F 80 la première année, la quote part payée par les pensionnaires sur cette somme étant de 9 F.

Cette formule a a l'intérêt d'enlever aux individus l'impression d'être des assistés, les faisant ainsi participer à leur resocialisation.

Cette participation financière ne peut être demandée qu'à des individus tra--vaillant et rapportant de par leur intégration professionnelle un certain salaire. C'est dire que le foyer " du fait de sa structure s'était interdit d'accepter des invalides ou déficients psychiatriques ". Ainsi donc dès I970 le foyer va accueillir des sujets supposés pouvoir reprendre leur travail la journée, les hébergeant la nuit.

2) ADMISSION & DURÉE DE SEJOUR

L'admission des pensionnaires se fait sur présentation d'un certi--ficat médical attestant que le malade a subi une cure de désintoxication , auquel est joint une fiche médicale et sociale.

L'admission effective ne se fait qu'après l'accord du Directeur du Foyer.

La durée maximum du séjour est théoriquement de 6 mois. Ce délai s'est avéré trop court et le bureau de l'Aide Sociale accepte de renouveler la prise en charge tantôt pour 3 mois, tantôt pour 6 mois.

-=-=-

Ainsi défini de part ses coordonnées géographiques; de part son statut administratif, le foyer d'ESSOMES nous apparaît comme un lieu d'hébergement destiné à accepter sans discrimination, quel que peut être leur passé hospitalier et juridique, les alcooliques désinsérés de l'Aisne, des Ardennes et pour une plus faible partie des départements limitrophes comme l'Oise.

Il s'agit bien d'une institution de réadaptation par le travail à la vie sociale. Dès leur arrivée il leur est proposé après un laps de temps assez court de reprendre une activité professionnelle en rapport avec les offres et leur formation. La possibilité de travailler à l'intérieur du foyer en vue de se réentrainer est officiellement proscrite même si elle est de mise dans certains foyers comme Chelles qui fonctionne également sous le mode d'un Atelier Protégé. La pratique de l'ergothérapie étant réservée au Club intra-hospita--lier n'est plus indiquée au Foyer et la distribution du pécule est abandonné.

Ce mode de fonctionnement assez souple à le mérite d'inciter les pensionnaires à s'intégrer dans le monde du travail, déplaçant ainsi leur problématique individuelle à un niveau collectif celui de leur insertion socio-professionnelle. Dès lors leur pathologie qui s'exprimait auparavant dans le monde hospitalier va se dire dans leur travail. De malades ils sont devenus des travailleurs.

-=-=-=-=-=-=-=-

E - L'ORGANIGRAMME DU PERSONNEL SOIGNANT

Le DIRECTEUR

Les problèmes posés par leur dépendance vis-à-vis de l'alcool sont abordés par le Directeur dans une attitude qui associe paradoxalement l' interdiction ferme à la compréhension bienveillante.

L'interdiction est celle de boire ou de reboire de l'alcool au Foyer et à l'extérieur pendant le séjour. L'introduction de boisson alcoolisée dans l'enceinte même de la maison peut être un motif de renvoi. Dans ce but comme dans beaucoup de foyer, la prise d'Espéral est érigé en règlement collectif.

L'attitude bienveillante du Directeur et celle qu'adopte les anciens buveurs à l'égard des alcooliques qu'ils veulent conquérir à leur cause. On pourrait également qualifier cette attitude de fraternelle dans la mesure où elle met en jeu une certaine confraternité d'origine et d'habitude.

Le personnel d'encadrement du foyer est extrêmement réduit fait exclu--sivement d'anciens malades. Le Directeur, de par sa tenacité et son habileté est devenu un personnage publique connu et reconnu comme quelqu'un de compétent et d'efficace, est à vrai dire la clef de voute de cette institution qu'il imagina et créa avec l'aide de l'Ancien Directeur de la D.A.S.S. et du Député Maire.

Gravitent autour de lui quelques personnages qui pour certains alter--nent entre une position de malade et un statut d'ancien malade.

Le CHAUFFEUR

chargé entre autre de véhiculé les pensionnaires à leur usine. occupe cette position marginale, ce qui est certainement pour lui une manière de se soigner.

Le POSTE de CUISINIER

A toujours été occupé par d'anciens malades certains compétents en la matière. Récemment le Directeur a embauché une cuisinière de l'extérieur à temps partiel qui alterne son travail avec un ancien malade de--venu cuisinier à l'occasion.

Les SURVEILLANTS

Il existe deux postes de Surveillants qui ont été toujours occupés par d'anciens buveurs certains passant même dès leur arrivé au Foyer du statut de malade à celui de Surveillant. Mais ceux-ci ne possédant pas l'au--torité, ni les compétences que réclamaient leur fonction, le Directeur fit appel à un ancien gendarme pour remplacer l'un d'eux.

Ce Monsieur occupa ses fonctions avec zèle dans un premier temps prenant son travail à coeur. Rapidement il fut débordé par le comportement de nos malades ne pouvant plus réagir qu'en les frappant. Finalement il tomba malade et de--puis plus de 6 mois est en arrêt de maladie.

La première impression que peut laisser cet organigramme est celle d'une extrême mobilité des rôles tenus par chacun des lors qu'il existe en permanence une possibilité de passage entre le groupe des malades et des anciens malades.

Les capacités thérapeutiques ou anti-thérapeutiques des malades sont pris en considération à l'Hôpital Psychiatrique et reconnue officiellement dans les communautés thérapeutiques mais aussi dans la psychothérapie institutionnelle par le biais des Clubs thérapeutiques où chaque malade peut devenir parallèlement un personnage social dans l'Institution.

. Mais il est rare sauf peut-être en matière de toxicomanie et d'alcoo--lisme qu'un patient puisse devenir rapidement un soignant reconnu. Au foyer certains pensionnaires sur le seul avis du Directeur vont accéder à une pro--motion statutaire. Du jour au lendemain en fonction des circonstances (la vacance d'un poste de Surveillant) sur proposition du Directeur (tel pension--naire est reconnu apte à occuper ces fonctions) un pensionnaire peut devenir Surveillant

Dès lors il a la charge de la maladie des autres et se soigne en soi--gnant les autres. Sa maladie ne lui appartient plus et il devient un person--nage public. Parallèlement il reçoit un certain salaire correspondant à son emploi.

Ce système de soins clos, refermé sur lui-même présente des avantages incontestables, mais sa capacité thérapeutique est rapidement limité. Dès lors l'introduction d'une équipe thérapeutique extérieure était absolument nécessaire.

-=-=-=-=-=-=-=-

II - HISTOIRE DIACHRONIQUE DE LA VIE INSTITUTIONNELLE ET SON EVOLUTION SUR TROIS ANNEES.

A - LE FOYER AVANT NOTRE ARRIVEE.

Ouvert en Juin 1970 le Foyer s'est vu submergé par ce trop plein de folie venu de l'Hôpital Psychiatrique de PREMONTRE. Eneffet, l'ouverture d'un lieu d'hébergement a pu être considéré comme une aubaine par une si vaste institution de renfermement qui retient toujours en son sein un certain nombre d'indésirables. Indésirables le deviennent rapidement ces sujets réputés psychopathes alcooliques dès lors qu'ils voyagent entre la prison et les établissements de soins psychiatriques. Le Directeur désireux de faire ses preuves accepta sans à priori ces malades les plus difficiles malgré l'inexpérience de son personnel d'encadrement

Il opta pour une politique libérale qui n'obligeait plus les pensionnaires à prendre l'espéral au bout de 6 mois. Il s'en suivit des ivresses incontrôlées, violentes qui s'exprimèrent sur la voie publique sous le regard de la population vite étonnée puis choquée et rejettante. La situation était irréversible et se détériora progressivement.

Une lettre de deux Médecins de l'Hôpital de Chateau-Thierry adressée à la Présidente de la Société Gestionnaire du Foyer " rappelant les troubles occasionnés par certains malades mentaux recueillis par l'Etablissement et causant préjudice à la population " prit l'allure d'un ultimatum posé au Directeur et son équipe. Cette situation de crise assez grave mettait en jeu l'existence du Foyer d'Essomes, posait le problème de ses capacités thérapeutiques.

L'équipe de secteur psychiatrique de CHATEAU-THIERRY animée et dirigée par son Médecin-Chef ne s'était pas désintéressée de l'évolution de cette situation. Quelques contacts avaient déjà été pris d'une part avec le Foyer d'Essomes par l'intermédiaire de son Directeur fin 1971. Finalement une réunion extraordinaire tenue à la fin du Ier Trimestre de 1972 rassemblant les trois parties en présence (représentants de la population, du foyer, du secteur psychiatrique) confia à un des Psychiatres la Direction Médicale de l'établissement.

Dès le début de l'année 1972, je pris le poste de Médecin du Foyer en remplacement d'un des deux cosignataires de la lettre qui a vrai dire s'était contenté d'y exercer une activité de représentation.

Demblée je me trouvais pris entre deux demandes :

- celle de mon Médecin-Chef qui souhaitait que cet établissement soit sectorisé afin de le transformer en lieu d'hospitalisation partielle ou en foyer de post-cure.
- Celle de la population qui souhaitant que l'ordre revienne dans cette institution déviante.

De mon côté rien ne me préparait à m'occuper de malades alcooliques pour lesquels je n'éprouvais aucune attirance particulière pourtant j'acceptai volontiers ce travail probablement en raison des résonnances institutionnelles qu'il me laissait entrevoir. Rapidement je fus sur place, l'accueil que me réserva le Directeur fût chaleureux " j'étais attendu ". Je proposai d'axer notre travail dans un premier temps sur les réunions. Ma demande ne se heurta à aucune difficulté dès lors que les alcooliques aiment à se regrouper. Progressivement se profila ce qui allait devenir ma politique thérapeutique.

B) LA PREMIERE ANNEE 1971 - 1972

Dès notre arrivée nous fumes confrontés à une révolte menée par les malades. Le style des relations étaient dominées par le passage à l'acte, la violence, l'ivresse répétitive, le scandale.

RAPPART dans un article sur les Clubs Psychothérapiques analysent ces comportements de groupe, souligne que la " structure de l'hôpital psychiatrique s'avère peu propre à éveiller les mentalités collectives des malades qui lorsqu'ils sont maintenus dans un état de dépendance ne réagissent pas d'une façon collective à cette situation " Puis il semble faire sienne la remarque de G. DUMAS en 1909 dans une communication à la société de psychologie " qui après avoir parcouru les annales médico-psychologiques note la rareté des récits de révolte d'aliénés - Toutes celles qui se seraient produites auraient été menées par les mauvais sujets dont la place n'était pas à l'asile alcooliques guéris * aliénés systématiques et passivement exécutés par des débiles.

Ces alcooliques que nous rencontrons au Foyer étaient bien des révoltés, ainsi regroupés à distance de l'hôpital psychiatrique au sein même de la ville, bien décidés à manifester leur mécontentement et leur agressivité - Cette révolte dont on vient de dire qu'elle eut été certainement impossible en milieu psychiatrique trouva au Foyer les conditions de son épanouissement.

Cette conscience collective qui faisait jour n'était pas forcément négative et pouvait être utilisée comme support à une thérapeutique possible. A l'Hôpital Psychiatrique, les Clubs psychothératiques ont comme vocation de faciliter l'éclosion de cette conscience collective véritable nous sujet qui se superpose à l'organisation passive et plus ou moins rigide de l'Hôpital psychiatrique.

Mais comme ils (les malades) leur est impossible de contribuer spontanément à la formation d'une collectivité quelconque le Club sera manié par les Médecins, comme un instrument thérapeutique destiné à permettre au malade de se concevoir comme sujet actif dans un monde fait pour eux."

Le Club semble dire RAPPART prend son sens et sa vocation dans une situation de crise, les clubs thérapeutiques d'aujourd'hui tiennent-ils lieu de ces rares révoltes d'aliénés d'autrefois. On serait tenté d'aller dans ce sens si l'on se remémore les conditions historiques qui aboutirent à la mise en place de la psychothérapie institutionnelle. Oury nous parle de ce " qui révolta les psychiatres après guerre qui regagnant leur hôpital y trouvèrent à peu près la même atmosphère que celui des camps de concentration. Il y eu en France une telle misère que dans les Hôpitaux Psychiatriques 40 % des malades y sont morts de faim. Cela créait un terrain assez favorable pourune prise de conscience non seulement individuelle mais collective impliquant la nécessité de changer quelque chose ".

* c'est nous qui soulignons

Ce club intra-hospitalier véritable société gérée par les malades, pour les malades mais créé par les Médecins est à certain égard une révolte dirigée, contrôlée, jugulée, adoucie c car sociabilisée.

On perçoit immédiatement l'intérêt d'un tel instru--ment mais il ne faut pas se dissimuler les dangers potentiels notamment ceux que dénoncent (Despinoy et Bleaudonun) dans un article critique. Ces auteurs " prétendent que la struc--ture du Club ne concerne qu'un certain hombre de malades privi-légiés et qui semble adaptée à des formes prolongées de l'hospi--talisation qu'on se proposait d'abolir au début de l'expérien--ce " ....

En d'autres termes cette révolte contrôlée, cana--lisée par le Club se trouverait étouffée, récupérée.

Ces quelques réflexions nous mènent au coeur des problèmes ceux que nos malades nous présentaient à travers leur agitation collective. Il nous fallait nous mettre en position de les écouter sans pour autant tuer leur révolte et tout ce qu'elle avait de vivant et de chaleureux. Pour cela nous propo--sâmes un cadre de travail, celui des réunions baptisées intérieures, qui avait pour but de canaliser cet agir sans le dénaturer. La présence conjointe des anciens buveurs (le Directeur), des pensionnaires et du médecin et parfois d'invité témoignait de leur idéologie communautaire. Le compte-rendu de ces réunions concernant une période de 6 mois, de Mai à Octobre est reproduit dans le chapitre des méthodes thérapeutiques. On peut voir se substituer une culture thérapeutique à une culture sauvage.

L'année 1972 se termina dans le calme, une réunion d'organisation vint clore les débats houleux des mois précédents Nous en analyserons ici le contenu.

La réunion de Septembre 1972.-

Un certain nombre de pensionnaires récalcitrants et peu coopérants ont été expulsés. Le Directeur qui semble vouloir reprendre la situation en main demande à l'assemblée des pensionnaires d'approuver publiquement le renvoi de quatre d'entre eux puis il propose de modifier le règlement concernant la prise d'Espéral.

La prise de ce médicament antabus était obligatoire. les premiers six mois du séjour au foyer, devenait facultative ce délai passé ce qui avait pour conséquence de créer deux groupes les anciens (qui pensaient avoir l'autorisation de reboire), les nouveaux à qui ce privilège était refusé.

Par ce geste, le Directeur étend cette loi à chacun des pensionnaires quelque soit son ancienneté.

Dans un second temps est abordé le problème soulevé par les corvées de ménage. Qui fera la femme de ménage ou plutôt "l'homme de ménage"? Telle est la teneur de la question posée. Schématiquement deux solutions sont proposées.

1°) Les pensionnaires prennent en charge eux-mêmes l'entretien de la maison en organisant un système de roulement impliquant la possibilité de se faire remplacer en échange d'argent.

2°) Une femme de ménage sera embauchée par le Directeur sur l'initiative des pensionnaires mais le salaire de celle-ci sera à la charge du collectif ce qui revient à augmenter le prix de leur pension.

Rapidement cette proposition est rejetée même si certains trouvent bénéfique à côtoyer une présence féminine, la plupart rejettent cette éventualité, ne pouvant pas imaginer de payer une femme qu'ils identifient immédiatement à leur propre femme.

- C - LA DEUXIEME ANNEE DE L'EXPERIENCE 1972 - 1973

Le travail thérapeutique amorcé, précédemment, porta rapidement ses fruits. L'ambiance quotidienne se modifia, alors qu'un certain ordre thérapeutique était, de nouveau, institué. Le règlement harmonisa les rapports entre chacun, dans le cadre de la collectivité, obligeant chaque pensionnaire à prendre, obligatoirement, l'espéral.

Nous voudrions insister sur trois points du règlement intérieur qui furent déterminants à cette époque.

1°) Les rapports entre les pensionnaires au Foyer : Chaque stagiaire devait participer à l'entretien des locaux et assurer, par leur coopération, un bon fonctionnement interne. Un roulement fut mis en place, notamment pour la vaisselle dont le lavage fut assuré, chaque jour, par trois pensionnaires. Il leur était, cependant, possible de se faire remplacer par un collègue dans cette corvée, contre indemnisation financière fixée à 2 Frs. Cette mesure introduisit un déséquilibre, en faveur des travailleurs qui pouvaient se faire remplacer dans les corvées, sur certains sujets inaptes momentanément au travail, qui recherchaient de tels remplacements pour augmenter leur argent de poche.

2°) L'abstinence fut érigée au rang de règlement, afin de couper court aux passages à l'acte délictueux qui accompagnaient, autrefois, les ivresses. Cette mesure collective ne prenait son sens que dans le cadre du Foyer. Individuellement, il eut été souhaitable de procéder différemment avec chaque pensionnaire.

3°) Le séjour fut limité à 6 mois. Cette mesure qui visait, apparemment, à éviter la chronicisation des pensionnaires au Foyer, ne sera pas respectée. Paradoxalement, nous insisterons, l'année suivante, sur les garanties thérapeutiques que peuvent apporter un long séjour.

L'amélioration des conditions d'accueil, de soins et de travail, contrastait, fortement, avec la mauvaise réputation du Foyer dans le village et même à Château-Thierry. Cette rumeur qui cataloguait l'établissement comme un lieu pour ivrognes, n'était plus justifiée et blessait, fortement, chaque pensionnaire.

Pour faire contrepoids à cette rumeur collective, nous avons institué, le mercredi soir, des réunions extérieures qui rassemblaient au Foyer, outre les pensionnaires, les personnes de la population locale intéressées ou concernées par l'alcoolisme. Ces réunions-débats eurent un grand succès, car elles incitèrent nos malades à quitter leur statut d'assisté, de victime de l'alcoolisme, pour recouvrir une autre personnalité au contact d'individus sociabilisés.

La transcription de certaines réunions sera faite au chapitre des méthodes thérapeutiques.

Progressivement, le Foyer se fit connaître et perdit cette mauvaise réputation qui, d'ailleurs, entoure souvent l'alcoolique, pour acquérir un certain renom dans le monde médico-social local.

Bref, il s'agissait, un peu naïvement, pour les pensionnaires, de montrer leur honnêteté, leur bonne volonté, leur bonne foi, eux qui se sentent souvent accusés du contraire.

En Juin 1973, il fut, même, organisé une kermesse, véritable journée "porte ouverte" qui permit à la population d'Essomes de pénétrer dans ces lieux mystérieux et de dialoguer, directement, avec les pensionnaires.

Sur cette fête communautaire se termina une période féconde d'échanges et les vacances d'été arrivaient avec leur succession de congés annuels.

.../...

- D - LA TROISIEME ANNEE DE L'EXPERIENCE 1973 - 1974

Le double travail entrepris, aussi bien à l'intérieur du Foyer qu'à l'extérieur, en nouant des contacts effectifs avec la population, nous permit d'augmenter notre potentiel thérapeutique.

Une plus grande stabilité dans le travail, des hospitalisations moins fréquentes, une vie communautaire plus harmonieuse, étaient autant d'indices prouvant l'évolution favorable de l'institution qui venait, ainsi, d'acquérir une véritable culture thérapeutique.

Cette amélioration des conditions de séjour eu, rapidement, comme corollaire, une augmentation du nombre d'anciens pensionnaires. Ce terme d'ancien caractérise les pensionnaires qui ont terminé leur stage de 6 mois et n'ont, comme autre possibilité, que de prolonger leur séjour. Pour ces individus, l'institution représente un lieu de survie, à l'abri de l'hôpital psychiatrique qu'ils viennent de quitter, mais en marge de la vie sociale qu'ils ne peuvent réintégrer de façon autonome. Leur séjour est, donc, à certains égards, bénéfiques et les sorties, lorsqu'elles étaient envisagées ou réalisées, aboutissaient à des situations catastrophiques. En quelques jours, certains redevenaient de véritables épaves vivantes. Tout se passe, alors, comme si la dépendance qu'ils entretenaient à l'égard de la boisson, avait été transférée sur l'institution. En la quittant, ils retrouvaient leur premier amour : l'alcool.

Cette impasse se généralisant, il nous est apparu nécessaire d'imaginer des solutions de prolongement à la post-cure. Elles peuvent être regroupées de la façon suivante :

1°) <u>Vers la création d'une annexe</u> : L'hébergement des anciens, dans d'autres locaux, sous le mode d'une prise en charge plus souple, nous est apparu comme une opportunité acceptable. Des contacts ont été pris en vue de louer une très grande maison bourgeoise avec ses dépendances. Malheureusement, le Maire de cette petite commune voisine opposa un véto catégorique à la venue d'alcooliques qu'il juge indésirables. Finalement, avec l'aide du Député-Maire et du Directeur de la D.A.S.S, un projet de construction de quelques bâtiments H.L.M dans le parc du Foyer fut adopté. La location d'appartements dans la ville de Château-Thierry s'étant avérée impossible, il n'était pas question de créer un service de suite avec infirmiers visiteurs.

2°) <u>Faciliter les relations avec les centres de santé de l'Aisne</u> : Tel était notre deuxième objectif. Il s'agissait de permettre aux sujets quittant le Foyer, de trouver une aide et une assistance dans le cadre de l'après post-cure - le plus souvent, auprès des dispensaires d'hygiène mental ou d'hygiène alimentaire, plus rarement, auprès des médecins généralistes. L'origine géographique, très variée, de nos malades plaidait en faveur d'une telle solution. Une réunion extraordinaire fut donc organisée avec les assistantes sociales des dispensaires des différentes villes de l'Aisne, afin de concrétiser ce dispositif d'aide et d'assistance.

- T R O I S I E M E C H A P I T R E -

- LA PRESENTATION DES PENSIONNAIRES DU FOYER -

Nous refusant à enfermer nos malades dans une classification nosographique, stricte et immuable, nous avons préféré les présenter à travers leur vécu dans l'institution.

Ainsi, trois caractéristiques se répètent avec une certaine fréquence et méritent d'être isolés et étudiés. Il s'agit :

I - Des comportements abandonniques,

II - Des comportements psychopathiques,

III - Des comportements psychotiques.

I - LES COMPORTEMENTS ABANDONNIQUES -

Ces comportements abandonniques que l'on peut repérer, autant au cours des thérapies individuelles que lors des thérapies de groupe, où ils deviennent phénomènes collectifs, sont à rapporter à l'histoire personnelle de chaque individu, mais aussi à la structure du Foyer qui a vocation d'accueil de sujets isolés, sociaux, familiaux.

Il était nécessaire d'apporter un éclairage théorique sur ce phénomène, en étudiant la fonction maternelle chez l'alcoolique, mais aussi la fonction maternante de l'institution :

a) - Quelques observations,

b) - La fonction de la mère chez l'alcoolique,

c) - La fonction maternante de l'institution.

LE PREMIER GARCON DU DEUXIEME MARIAGE

Monsieur Albert O.

Monsieur albert O., 35 ans, nous est adressé par l'hôpital psychiatrique départemental où il séjournait depuis le décès de sa mère.

Sujet frustre, plastique, susgestible "sans personnalité", il se présente comme le premier garçon du deuxième mariage de sa mère. Celle-ci occupe une place privilégiée dans sa vie, il en parle en termes élogieux décrivant avec minutie les aléas de sa vie mouvementée.

D'abord son premier mariage dont il estime qu'il était forcé : "Ma mère aimait mon père mais à cette époque mes grand-parents l'ont mariée à un autre homme pour lequel elle n'a jamais eu d'affection et qui pourtant lui a fait 9 gosses sans compter les pertes" ajoute-t-il. "Puis après la guerre, elle a retrouvé mon père, elle l'aimait depuis toujours, ils se sont mariés".

Celui qui deviendra son deuxième mari était un marin. Les 3 enfants de cette union vont naitre à Toulon.
Jacqueline l'aînée.
Albert le premier garçon qui ajoute avec vanité : "Mon père portait le même prénom que moi".
Enfin Claude, l'autre garçon.

Tout se passe pour le mieux du monde dans cette famille jusqu'au décès accidentel du père de famille. Le jeune Albert avait 5 ans. L'image de ce père mort trop tôt va progressivement s'effacer dans l'esprit de cet enfant. Sa mère reportera très vraisemblablement toute son affection sur ce fils qui réunissait toutes les conditions pour être le substitut paternel.

Pris dans le désir maternel il ne s'en échappera plus ; il sera l'enfant privilégié qui viendra y remplacer le père mort.

Confronté aux difficultés financières de la dure réalité quotidienne, Mme O. se remarie avec un autre homme largement son aîné.

Albert en parle comme d'un vieux con : "Ma mère l'a épousé pour nous nourrir, il avait de l'argent, mais elle ne couchait pas avec lui". Ce beau-père qui fait brutalement intrusion, perturbant le couple symbiotique fusionnel mère-fils est vite remis à sa place.

Albert pense que sa mère s'est remariée par nécessité, ce beau-père trop âgé à son avis pour entretenir des relations sexuelles, trop à l'écart de leur histoire pour posséder sa mère, n'intervient que dans la mesure où il peut payer avec de l'argent cette nourriture qui lui fait défaut. En quelque sorte, Albert pense que ce beau-père est un mal nécessaire mais pas un rival dangereux.

Dans la réalité il a du en être autrement et ces 3 enfants de ce second mariage ont certainement gêné le vieil homme qui les plaça 9 mois en préventorium à l'autre bout de la France.

Cette période de séparation fut terrible, Albert en parle comme d'une exclusion. Là-bas, on était mal nourris, mal logés, la directrice était la pire des mégères. "Un jour ma soeur a pu écrire une lettre de détresse à notre mère où elle lui réprochait de nous avoir abandonnés".

Cette lettre de désespoir la toucha profondément et la mère les réintégra dans le milieu familial. Albert grandit rapidement, il travaille dans des usines de vanneries, seule possibilité professionnelle locale, jusqu'au service militaire, qui le conduit en Algérie.

De nouveau séparé de cette mère, il tomba malade, malade de son absence. Hospitalisé 6 mois à l'hôpital militaire pour des "crises", il réintégra le continent et sa terre maternelle.

C'est à cette époque alors qu'il reprenait son travail en usine qu'il situe ses premières tentatives d'alcoolisation."J'avais des crises, on n'y pouvait rien, je me suis mis dans la débine". C'est aussi à cette époque en "rentrant du service" qu'il rencontre celle qui deviendra sa femme.

Pendant 7 ans, il vécu comme un homme marié sans problème. Elle fabriquait des perruques et gagnait bien sa vie. Lui, rapportait un salaire de misère. C'est elle qui meubla leur appartement. C'est alors que survient l'épisode de l'explosion de la bouteille à gaz,auquel il attache une grande importance puisque ce sinistre accidentel détruira leur maison mais aussi leur union. Sans foyer ils vont être hébergés chez les beaux-parents. La situation se dégrade, il ne peut voir cet autre beau-père qui lui reproche de ne pas être sérieux, de tromper sa femme. Harassé par ces critiques, il quitte tout et retourne chez sa mère. Celle-ci l'accueille lui et ses crises et ses habitudes de boisson, mais ici tout ne va pas pour le mieux.

Le beau-père (le mari de sa mère) va lui reprocher par personne interposée d'entretenir des relations coupables avec sa mère, en un mot de coucher avec elle.

M. Albert O. se révolte et prétend que sa mère ne fait que s'occuper de lui comme il faut "Vous comprenez je fais des crises, la nuit je me pamais, alors ma mère couchait dans la même chambre que moi pour me rassurer, c'est tout". Cette relation vécue comme incestueuse, cette complicité, ce pacte se complèta, le fils buvait, la mère se met à boire. Unis pour le meilleur et pour le pire à l'image de Pierre du G. Bataille et de sa mère, seule la mort les séparera.

Morte absente il continuera à la célébrer au cours de ses beuveries solitaires, essayant vainement de faire revivre cette union, cette passion désoeuvrée, ces délices d'un temps à jamais perdu, il était devenu pour la vie un homme de la boisson.

Dans cette observation et pour décrire ce mal à vivre de M. O. il faut expliciter ces rapports à sa mère. Ce sentiment de toute puissance archaïque autrement vif qu'il tire d'avoir été l'objet préféré de sa mère, le renvoit à une relation fusionnelle et le place à jamais hors-la-loi.

Cette mère-vie est donc le seul objet de ses tourments, de sa jouissance. Le seul amant de cette femme fut ce marin Albert O., cet homme idéal à qui elle s'est vouée, fut une éclipse, un peu de soleil dans l'ombre de sa vie.

Les autres hommes ne furent que des accidents de parcours, le 1er mariage forcé n'avait pas suffit à étouffer son désir brulant, ni bien sûr le vieil homme qu'elle épousa par nécessité. Seul comptait ce marin qui avant de partir pour son dernier voyage lui laissa un peu de lui-même en lui faisant ce garçon. Ce jeune enfant qui était son père jusque dans son nom et son prénom tenta de reprendre dans l'esprit de sa mère la place du disparu comme pour le faire revivre.

Sa mère pour reprendre l'image de Leclaire ne fut pas la terre qui l'aurait supporté sans défaillir mais bien la Mer (espace marin) qui l'engloba et l'engloutit. Même l'acte de boire qui impliquait un court circuitage de la dyade dans le cas L. ici a un effet inverse. Plutôt que de rompre l'activité fantasmatique, l'alcool, mais aussi l'autre symptôme les crises, furent l'alibi à un rapprochement toujours plus étroit.

Les crises de nerfs de nature hystérique lui permettent de retourner dans la chambre maternelle. L'alcool, la boisson qui aurait pu servir d'écran habile, évitant de revivre trop directement cette union fut au contraire le moyen, la médiation, le nouveau support à leur relation, à leur complicité.

Ce garçon qui échoue comme bien d'autres au foyer de post-cure se présente et est classé par ses médecins comme un alcoolique.

Cette assurance nosographique demande à être tempérée. En effet existe à côté du secteur alcoolique du Moi, une structure névrotique de la personnalité de type hystérique. Si les symptomes ont la même finalité, très grossièrement le retour à une relation fusionnelle à la mère, socialement il en est différent, les crises de nerfs dont il se plaint le conduisent d'hospitalisation en hospitalisation, mais elles restent au deuxième plan derrière l'alcoolisme.

Devenu un homme de la boisson à part entière, il en partage les avantages, un statut d'alcoolique et peut être un jour d'ancien buveur lui évitant d'être reconnu comme malade mental ou comme malade tout court, mais en contre partie il va en subir les inconvénients c'est-à-dire le rituel des cures de désintoxication, l'abstinence.

Ce choix délibéré pour lequel il se prononce lui permet de scotomiser les significations et les raisons profondes de son existence, cet alcool qui restera, comme on l'a vu précédemment, le seul lien qui le rattache à cette mère lui permet parrallèlement d'en prendre les distances, et par ce tour de passe-passe qui fait qu'un symptome, l'acte de boire qui ici prend une signification, un sens dans sa vie, va pour des raisons socio-économiques inévitables prendre un autre sens sur le plan social (dépister les alcooliques, les désintoxiquer, lutter contre ce fléau etc ...) Ainsi par ce mécanisme de déplacement qui le fait passer du domaine de l'individuel au collectif, de quelque chose de personnel à l'anonymat des alcooliques, de sujet de son histoire à sujet sans histoire, M. O. pose ainsi à sa façon un écran entre sa conduite de boire et sa personne.

Ce déplacement dont on perçoit assez facilement la fonction d'écran est un leurre, une véritable illusion. Bailly Salins le nomme le discours occultant de l'alcoolique. "Il s'en faut que l'alcoolique puisse directement prendre conscience de ces données. Il est ainsi amené, véritable illusionniste, à valoriser certains aspects de l'alcool pour camoufler les valeurs régressives que nous venons de signaler.

C'est ainsi qu'à ses yeux comme aux yeux de ses proches, comme aux yeux du législateur souvent comme hélas aux yeux du thérapeute parfois l'enjeu n'est pas la problématique de l'érotique génitalisé mais d'un modeste et médiocre facteur exogène externe qu'est l'alcool.

L'alcoolique donc se rassure par le facteur exogène de l'alcool "Je ne suis pas dans ma propre problématique en cause, il me suffirait d'agir sur le facteur externe que constitue l'alcool pour que tout soit arrangé, il ne s'agit pas d'un facteur interne constitutif de ma propre organisation libidinale et donc de l'essence de moi-même mais d'un fait très extérieur et dont il suffirait qu'il disparaisse pour que tout s'arrange."

Ainsi l'acte de boire qui implique un geste vient à un <u>niveau individuel</u> remplacer ou rompre le cours d'une activité fantasmatique qui, si on la laissait se dérouler risquerait de renvoyer l'alcoolique à ce qui lui faut à tout prix éviter, une relation précoce incestueuse à sa mère, à un <u>niveau collectif</u> du fait de l'autre statut social politique, écran de l'alcool, une autre distance est prise qui fait qu'il ne <u>parlera plus de lui même</u> qu'à travers cet écran opaque, cette barrière infranchissable, l'alcool ramené à un facteur exogène externe. C'est ce même discours occultant qui fait dire à certains que si la production et la consommation d'alcool diminuait, l'alcoolisme considéré comme un fléau social s'estomperait. Ce qui n'est pas totalement faux puisque les régions productives de vins, sont plus exposées que d'autres à ce risque. Mais ce risque n'est pas purement externe, il s'agit d'un risque calculé que le sujet prend dans certaines conditions.

Devenir un homme de la boisson n'est pas donné à tout le monde.

Ce choix est certes libidinalement un des plus économiques, celui qui tout d'ailleurs comme les maladies psychosomatiques permet et autorise de ne pas être impliqué. Il faut donc comprendre l'alcoolisme comme une tentative d'organisation assez économique mais abérante du sujet à resituer évidemment dans un cadre socio-culturel donné, un remodelage de la personnalité, ce nouveau Moi, ce faux Moi se dévoile plus chez les anciens buveurs que chez l'alcoolique. Les premiers ne buvant plus en parlent, ils ne parlent même que de cela, font de leur vie un combat sans relâche, une lutte sans merci qui vise à mettre bas ce fléau, l'alcool, plus qu'ailleurs, nous sommes loin du pourquoi des choses, tout discours est déplacé sur l'alcool. Par cette mise à distance du symptôme, le sujet ne peut plus être remis en cause : c'est un alcoolique.

A LA RECHERCHE D'UN TEMPS PERDU A JAMAIS

Monsieur Jacques I.

Monsieur Jacques I., 44 ans, se présente comme un buveur ordinaire "comme tout le monde" dont on ne veut plus. Vient au foyer rechercher un abri, un refuge à sa solitude.

Né en 1930 à Maison Laffitte, il passera son enfance dans les milieux hippiques. Son père chauffeur de chevaux l'entraine sur les champs de courses. Suivant son exemple, il devient apprenti jokey. Ce travail lui plait mais le chance ne lui sourit pas et il quitte ce métier pour l'usine y rejoindre Marcel son frère aîné.

Sa mère décédée au cours d'un accouchement, lui a 17 ans c'est un drame, il ne s'en remet pas. "En perdant ma mère, j'ai tout perdu". Son père s'en remet mieux puisqu'il épouse rapidement une autre femme, trop rapidement à son idée d'ailleurs, cette femme ne pourra jamais remplacer sa vraie mère et qui plus est, elle devient sa conccurente dans la quête de l'amour paternel.

Il croit comprendre de son père "C'est toi ou ma nouvelle femme", "alors il fait ses valises". Jacques a 17 ans, il part déçu, aigri, le souvenir de cette mère morte trop tôt le hante, il est seul. L'exclusion se précise, l'esseulement se renforce, Marcel son frère aîné épouse la soeur de cette dame, la soeur de la femme de son père.

Devant ses yeux, il voit se former une autre famille de laquelle il se sent exclu, une famille dans sa famille en quelque sorte. Les deux autres hommes de la famille, "les Grands", le père et l'aîné, se sont unis à travers leurs épouses communes. La mère, sa mère est morte, elle est oubliée, lui seul reste le représentant. Toute sa vie, il tentera de la faire revivre dans ses rencontres féminines. Il est marqué à tout jamais du sceau de la mort maternelle, de ce qu'il vit au fond de lui comme un abandon, une trahison. Cette vie s'organisera par rapport à ce manque, à cette absence.

Rapidement il est marié, on le marie avec la fille d'un cafetier. Elle a 17 ans, elle est sténo-dactylo, le dimanche elle servait au café. "Je venais la voir mais son père pendait que cela pouvait géner la clientèle, alors il nous a mariés ; cela a été un mariage forcé".

Cette passivité n'est pas étonnante, tout cela n'a pas d'importance, sa mère est morte, il se laisse aller. De cette rencontre initiatique avec l'alcool et ce par l'intermédiaire d'une femme (fille de cafetier) sa vie prend un autre tournant, une autre tournure, il devient à jamais un homme de la boisson, à chaque déception amoureuse qui viendra réactiver ce manque, cette absence, cet abandon maternel, il retournera à cette boisson salvatrice, "il boira pour oublier".

Le voici enfin marié, avec sa femme il quitte l'usine et travaille en maison bourgeoise. De cette époque il garde un bon souvenir. Mais les périodes de joie n'ont qu'un temps, les employeurs regagnent leur pays et le congédie.

Alors il choisit de quitter la région parisienne pour rejoindre le pays de sa tante (la soeur de sa mère) là où il allait passer régulièrement ses vacances dans sa jeunesse. En Picardie, il travaille en fonderie, ça marche avec la femme mais plus avec son oncle à qui il reproche de boire et de frapper sa tante. Il se fâche définitivement avec eux.

Il croit refaire sa vie avec sa femme, mais repidement il s'aperçoit qu'elle le trompe. "Elle trainait avec des algériens". Il en souffre mais il reste, c'est sa femme qui le quitte après 7 ans de mariage. De ce mariage sont nées 4 filles, dont il parle peu. "Elles sont placées chez la belle-mère".

Malgré ce déplacement qui l'a conduit au pays maternel, il se retrouve de nouveau abandonné comme autrefois, laissé à son destin d'isolé, il reboit. Vivant en solitaire, quelques années, il croit rencontrer son sauveur, celle qui effacera à jamais l'absente, en la personne d'une femme de 44 ans, déjà mère de 9 enfants, avec qui il fait un garçon, Jacques. A vrai dire c'est plutôt elle qui fait l'enfant puisqu'il portera le nom de sa mère. "J'aurais bien voulu reconnaitre cet enfant mais elle ne m'a pas prévenu, j'étais en déplacement, elle a fait les papiers toute seule". Mais cette femme-mère qu'il voulait épouser meurt d'un cancer de l'utérus et tout comme les autres enfants il se retrouve à la porte, eux à l'assistance publique, lui au foyer après avoir subi une nouvelle cure de dégoût.

Cette observation est exemplaire, car elle permet de cerner le manque, cette absence, cette mort de la mère autour de laquelle toute sa vie va s'organiser, se structurer. Il ne s'agit pas d'une mort anodine puisqu'elle est morte en couches, elle est morte mère, elle est morte d'une mort féminine, elle l'a quitté alors qu'elle allait de nouveau donner la vie. Seul avec ce deuil, car les autres, le père et le frère se sont consolés trop rapidement, il va essayer de faire face à cette situation. C'est dans la rencontre avec l'alcool, par femme interposée qu'il va inscrire le moment décisif de sa destinée pour traverser sa vie comme si plus rien d'autre n'existait que ce geste de boire.

Cet acte se trouve condamner à l'éternelle répétition décalquant à un niveau plus économique ce dont il ne veut pas entendre parler et qui se reproduira dans ses rencontres féminines (la mort de sa mère en couches), son divorce puis la mort de sa deuxième femme (morte d'un cancer de l'utérus qui est une autre forme de mort strictement féminine) lui remettent en souvenir cet abandon initial, ce traumatisme psychologique, ce deuil qu'il n'a jamais pu assumer. Mijola et Shen Toub décrivent ce moment privilégié comme une rencontre initiative avec l'alcool parlant de "cet acte qui par sa fonction de fixation après coup et engloutissement du passé qu'il réalise, doit prendre en quelque sorte la place de traces mnésiques préexistantes comme pour en masquer irrémédiablement les empreintes."

Ce processus leur apparait différent du refoulement au sens classique du terme et ils se demandent si l'acte de boire n'est pas le seul représentant possible enfin trouvé par le Moi de souvenirs traumatiques très archaïques, marquages corporels surtout n'ayant pu être jamais réussi auparavant à se lier à des représentations visuelles ou verbales pour s'abréagir et qui par le silence psychique de leurs permanentes excitations pulsionnelles auraient perturbé très précocement tous les processus de maturation psychique et d'organisation libidinale des sujets qui en étaient victimes.

C'est cette quantité d'excitation en suspens qui conférerait après coup sa valeur traumatique à la rencontre initiatique avec l'alcool et ferait le lit d'une compulsion de répétition.

Ainsi chez M. Jacques I., l'acte de boire est venu masquer, calfeutrer ce dont il ne parle pas sauf en circonstances privilégiées comme l'entretien psychothérapique. Ce rituel initiatique que le sujet a vécu par la fille du cafetier interposée est venu mettre en sourdine l'intolérable mort de sa mère en couches.

Il est bien évident que ce traumatisme aussi douloureux soit-il ne peut tout expliquer. Mais cette mort en couches rend compte de toute une série de relations fantasmatiques archaïques plus précoces qu'elles éclairent après coup. Pour Bailly Salins cet acte de boire qui implique un geste, une action donc se différencie économiquement des autres symptomes névrotiques et psychotiques, vient remplacer ou rompre le cours d'une activité fantasmatique qui, si on la laissait se dérouler risquerait de renvoyer l'alcoolique à ce qu'il lui faut à tout prix éviter. Ce qu'il masque derrière le fait de boire est une relation archaïque fusionnelle à la mère, relation qui se serait établie à partir d'expériences matricielles d'épreuves corporelles érotiques.

C'est par rapport à ces épreuves corporelles érotiques trop intenses qui renvoient à l'inceste que l'alcoolique est amené à fuir derrière les écrans qu'il constitue avec l'alcool.

Monsieur Jacques I. à la mort de sa mère se retrouva seul avec elle, le père l'avait abandonné et ne faisait plus obstacle à sa relation à sa mère, lui, avait pris une autre femme et avait entrainé Marcel, le frère aîné dans une situation particulière en lui faisant épouser la soeur de sa femme ce qui peut être vécu fantasmatiquement comme une relation incestueuse. Jacques gardait donc sa mère pour lui seul, il en était le garant. Même morte, cette relation tout à la fois fascinante et dangereuse à sa mère était vouée à l'impossible, il fallait interposer un écran opaque entre lui et elle morte en couches, l'alcool en tient lieu.

Cette observation est exemplaire car elle permet d'expliciter les deux parties de l'appareil psychique que Mijola et Shentoub postulent chez l'alcoolique. Un secteur non alcoolique du Moi accessible à la verbalisation profondément marqué, recouvert par un secteur alcoolique du Moi. Il est surprenant que ce malade alcoolique n'ait pu bénéficier dans son traitement que de thérapeutique archaïque, je veux parler des cures de désintoxication.

Leur nécessité nous apparait indéniable, le "sevrage est certes indispensable encore faut-il ne pas s'arrêter là et savoir s'intéresser au pourquoi, à la personnalité de l'alcoolique et l'aider par une psychothérapie à se resituer comme sujet de son histoire et non pas seulement comme "alcoolique comme tout le monde".

LE DESHERITE A LA QUETE D'UN TOIT

Monsieur B. Jean René.

Cet homme de 33 ans espère ne faire qu'un passage au foyer. Son histoire, son destin qui l'a conduit ici est des plus préoccupant.

Né en 1940 dans une famille aisée puisque son père, qu'il verra mourrir à l'âge de 13 ans, était P.D.G. d'une grande administration de la région parisienne. Ce père, comme l'on s'en doute tient une grande place dans le discours de M. B., d'autant que l'élément masculin est prédominant dans cette famille.

En effet, son frère aîné Jacques, a lui réussi tout comme le père ; il est P.D.G. d'une banque française, ses autres frères également. Henri travaille dans un ministère à un poste enviable, le dernier il n'en parle pas, ne cite même pas son prénom, le qualifie de R.A.S.. La mère, ancienne charcutière est le personnage effacé du couple parental.

S'il n'a pas eu la promotion qu'aurait pu lui permettre son milieu de naissance, s'il n'a pas pu grimper les échelons du pouvoir à l'image de ses frères, M. B. n'est pas resté un être défavorisé. Son métier est plus qu'honorable, il travaille longtemps comme technicien monteur en caméra avant d'être licencié pour finalement reprendre un emploi de fonctionnaire à la Préfecture.

Marié à une infirmière, il a eu 2 enfants, à ses dires l'entente conjugale ne pose pas de problème, tout va bien. Le couple s'installe dans la région parisienne et se fait construire un pavillon.

C'est alors que surgit son premier drame : l'héritage. Il y a beaucoup d'argent à partager. M. B. se sent lésé, accuse ouvertement ses frères d'avoir été manipulés par Jacques le banquier qui a su reprendre à son compte l'argent et l'héritage du père, L'investissant là où il fallait sans vraiment que lui puisse intervenir. Pourtant il en touche une part que lui trouve ridicule ; elle lui permet d'investir dans la construction de la maison.

Depuis cette époque il est fâché "à mort" avec ses frères, notamment avec l'aîné, avec qui il n'a plus aucun contact. En fait ses frères ne veulent plus entendre parler de cet intrus, d'ailleurs d'après M. B., ils ont toujours fait "comme si je n'existais pas". Déçu, il l'est, alors il in vestit dans sa maison, dans son toit comme il dit. C'est là que va prendre place un autre drame. Progressivement, sournoisement sa femme lui laisse entendre qu'elle ne veut plus vivre avec lui, qu'elle va divorcer, lui n'en croit rien, jusqu'à ce qu'il l'apprenne par lettre recommandée. Le paiement des traites prenait fin à cette époque.

Il a l'impression d'avoir été exploité par sa femme et la suspecte fort de n'avoir été intéressée que par son argent. Ne s'étant pas présenté le jour du divorce (il prétend ne pas avoir reçu la lettre), il se voit prié de quitter officiellement le domicile conjugal, sa femme y demeure avec les 2 enfants et son amant.

Depuis son divorce, il essaie de voir ses filles en cachette ce qui est surprenant car il possède des droits de visite qu'il n'utilise pas. L'alcoolisation a débuté en sourdine pendant la guerre d'Algérie, n'a pas posé de problèmes particuliers pour être le symptome principal depuis son divorce.

Seul, il boit, fait deux cures, revient à Chateau-Thierry, chercher un toit au foyer à quelques kilomètres de la maison paternelle là où il passait régulièrement ses week-end voilà bien longtemps.

Monsieur B. peut apparaitre comme le malchanceux de la famille, il n'a jamais pu se hisser au rang social de sa famille, de son père et de ses frères. Il se vit comme un raté mais aussi comme persécuté. Dans le partage de l'amour paternel sous couvert de l'héritage, il se fait dominer, voire écraser par son frère aîné qu'il hait maintenant tout en ayant cependant une certaine admiration à son égard. La part dont il hérite après avoir été investie dans sa maison est dilapidée par sa femme qui le chasse de chez lui. Finalement il se retrouve seul, exclu comme un deshérité.

- LE DESIR DE FONDER UN FOYER -

Monsieur F. FRANCOIS

Cet homme de 45 ans échoue au Foyer après une vie tumultueuse :

Né en 1927 en Bretagne, il parle peu de son père. Ce père buvait discrètement, par période, en travaillant dans le bâtiment comme artisan plâtrier, puis, il mourut à 46 ans d'une congestion pulmonaire.

La mère semble être le personnage essentiel de sa vie et il en parle avec admiration, comme d'un être idéal.

Après avoir obtenu son certificat d'études, il passe un C.A.P de menuisier. C'est dans le bâtiment, à l'image de son père, qu'il va centrer ses activités professionnelles, mais, c'est de là aussi que remontent ses premières ivresses.

A vrai dire, il boit beaucoup, notamment le dimanche dans les cafés, dans les bals, puis il est condamné, à de multiples reprises, pour ivresse sur la voie publique et purgera plusieurs mois de prison. Finalement, il est amené à se faire désintoxiquer et reste abstinent sept années consécutives.

Il a 39 ans et n'a pas réussi à quitter le milieu familial puisqu'il vit en compagnie de sa mère et de son frère, s'occupant de toutes les tâches ménagères à la maison.

Se sentant stable et abstinent, ne souhaitant pas terminer sa vie en célibataire, il s'adresse à une agence matrimoniale. " Je voulais fonder un foyer dit-il ".

Ainsi, il rencontre une femme divorcée, mère de deux enfants. Plus précisément, cette dame vit en symbiose avec sa propre mère qu'elle ne quitte jamais. Voulant fonder un foyer, désirant rendre heureux une femme, Monsieur F. épouse une famille bien structurée. Il vient, en quelque sorte prendre la place d'un absent, de l'homme alcoolique.

Ce mariage qui lui fait quitter la Bretagne pour les Ardennes, où il va retrouver sa nouvelle famille, n'est pas un mariage heureux. Il se dit déçu par l'ambiance, notamment par sa belle-mère qui s'occupe de tout, ne lui laissant pas droit à l'existence. Sa femme, se pliant aux désirs de sa mère, lui trouvera refuge dans l'alcool. Il reboit après deux ans de mariage et sept ans d'abstinence. Il rapporte sa rechute à sa profonde déception amoureuse. "J'aurais dû m'en douter, ma femme s'est séparée de son premier mari à cause de la belle-mère".

A Brest où sa mère vit en tête à tête avec son frère, un drame va se dérouler. Ce frère tue sa mère, leur mère, puis se suicide. Monsieur F. fait peu de commentaires. "Il devait être malade, je crois qu'ils n'ont pas supporté mon départ".

Pour lui, rien ne va plus. "C'est la dégringolade dit-il".

En Juillet 1970, il part faire la fête en Belgique avec des copains. Au retour, il se fait faucher par une voiture et est gravement blessé (fracture du rocher, amputation d'un bras). "J'avais 1,62 gr. d'alcool dans le sang et l'affaire doit passer devant les Tribunaux."

Le divorce est prononcé en 1972 et il trouve, en raison de son handicap, un emploi à la mairie du pays et se réfugie dans l'alcool et dans son invalidité physique.

Après une nouvelle cure de désintoxication, il nous est adressé au Foyer.

.../...

Dans cette observation, il nous faut distinguer deux périodes de sa vie.

- La période Bretonne : Où il vit en vase clos entre sa mère et un frère malade mental et alcoolique.

Il devient abstinent et recherche du travail.

Son désir de fonder un foyer le mène à quitter sa famille.

- La période ardennaise : A 39 ans, le projet de fonder un foyer, de vivre une vie conjugale échoue. La cellule familiale originaire éclate prenant l'aspect d'un véritable suicide collectif.

Très culpabilisé par cette dramatique issue, il ne pourra qu'accentuer sa conduite d'échec et à mettre en acte sa propre conduite suicidaire.

LA FONCTION DE LA MERE CHEZ L'ALCOOLIQUE

Ces quelques observations nous révèlent l'alcoolique comme un être déçu, abandonné par les femmes, victimes de leur tyrannie, de leur légèreté. Cette idée que l'on retrouve chez chacun des pensionnaires, cette "rêverie" qu'ils se partageront engroupe, ce fantasme leur sert d'alibi, de justification à leur alcoolisme. C'est ainsi qu'ils se présentent, alcooliques certes, mais abandonnés avant tout.

Ces bonnes raisons qui ne nous laissent pas indifférents se répètent avec monotonie et renvoient évidemment à un choix délibéré.
Freud, dans sa première contribution à la psychologie de la vie amoureuse intitulée d'un type particulier de choix d'objet chez l'homme (cf*), nous donne de plus amples renseignements sur cet ensemble synchromatique qui rend possible pour certains hommes l'accès à la vie génitale. Cet ensemble synchromatique réunit certaines conditions déterminant l'amour tout-à-fait spécifique.

1- La première qu'il nomme la condition du tiers lésé exige que le sujet ne choisisse jamais comme objet d'amour une femme qui soit libre mais exclusivement une femme sur laquelle un autre homme a pu ou peut faire valoir ses droits de propriété.

Ainsi Monsieur F. ou "le désir de fonder un foyer" vient de quitter sa mère et son frère pour se fixer à une personne divorcée, mère de deux enfants, femme-mère par excellence mais aussi femme avec sa mère. Il est évident que cette personne comme beaucoup de femmes d'alcoolique entretient des rapports étroits de soumission avec sa propre mère qu'elle vit comme un personnage idéalisé. Ce couple de femmes qui n'en est pas à leur premier homme est tout-à-fait caractéristique.

Chez cette femme comme le dit Israël et Subra (Charpentier) (cf**), le désir est ravalé au besoin et l'homme est réduit à l'organe adéquat à la satisfaction de ce besoin. Ici, l'homme est réduit à un insigne social qui confère à ces femmes la dignité de femme mariée. L'Homme, le mari, a une place prédéterminée dans cette organisation, il vient boucher un trou, jouer les utilités dans leurs fantasmes : fantasmes de suprématie de la femme sur l'homme.

Ou Monsieur I. Jacques (à la recherche d'un temps à jamais perdu) abandonné, trouve sur son chemin cette femme-mère et ses 9 enfants avec qui il vit et à qui il fait un enfant qui portera son prénom faute de porter son nom. Cet enfant illégitime pour lequel Monsieur I. n'a rien eu à voir ni à dire, pour lequel il n'a été que l'inséminateur, le géniteur occasionnel et le témoin vivant de son incapacité à être un père, à être l'homme de cette femme.

* Freud : LA VIE SEXUELLE D'UN TYPE PARTICULIER DE CHOIX D'OBJET CHEZ L'HOMME - 1910 P.U.F. p.47 à 65 -

** Israël Subra - Charpentier LA FEMME DE L'ALCOOLIQUE l'alcoolisme Spécia p. 125 à 141

2 - La deuxième condition qui s'ajoute à la première pour la compléter prend chez beaucoup de nos malades une grande ampleur. Il s'agit d'un doute quand à la moralité de cette femme qui doit avoir plus ou moins bonne réputation, être une femme facile ou infidèle. Freud résume la condition en la dénommant "l'amour de la putain". C'est un thème qui reviendra fréquemment en réunion. "Toutes les femmes sont des putains" répèteront inlassablement nos pensionnaires. Tout se passe comme si ces malades ne pouvaient sortir de ce choix qui est un trait fondamental de leur personnalité. Cette condition qui s'accompagne souvent d'un violent sentiment de jalousie prend une place privilégiée dans le discours des pensionnaires puisqu'ils ont été tous affrontés aux conséquences de leur choix conjugaux, le foyer, de par sa fonction, accueille préférentiellement les sujets divorcés, séparés ou célibataires. Ainsi, Monsieur MichelP. (la victime) quitte sa concubine au bout de 10 mois car elle se prostituait ou l'abandon de Monsieur I. (à la recherche du temps perdu) par sa femme après 10 ans de mariage qui, elle aussi, se prostituait.

A ces conditions qui veulent que la femme aimée ne soit pas libre, qu'elle s'apparente à une putain, Freud ajoute la haute valeur accordée accordée à la femme aimée, mais aussi la tendance manifeste à la sauver.

Pour Freud, ce choix d'objet bien particulier qui d'ailleurs n'est pas réservé aux seuls alcooliques, prend sa racine dans la fixation de la tendresse de l'enfant à sa mère et il représente l'une des issues de cette fonction. Dans ce même esprit, Bailly-Salin (cf*) reprenant la notion de corps érogène émise par Serge Leclaire (cf**) pour caractériser la fonction maternelle pense que l'alcoolique cherche à fuir derrière la barrière qu'il constitue avec l'alcool, une relation précoce et symbiotique avec le corps érogène de la mère et qui renvoie à l'inceste. On peut se demander si dans certaines conditions et chez nos malades, le corps de l'enfant ne vient pas combler le désir insatisfait de la mère, ne vient pas combler le désir libidinal de la mère. Car si cela se produisait, on se trouverait dans la situation de relation érogène qui vient se superposer à une relation organique: l'enfant serait alors investi comme un objet libidinal majeur. Somme toute, le père comme corps érogène ne serait plus le point d'investissement majeur de l'économie libidinale de la mère, il ne serait plus le référent. N'en était-il pas ainsi chez Monsieur L. Bernard (le fils illégitime de la mère indigne) ou chez Monsieur V. qui ne connait pas son père et dont le seul but dans la vie est de donner quelque chose à sa mère, de l'argent par exemple.

En d'autres termes, et pour paraphraser une expression de G. Bataille (cf***), l'alcoolique serait-il "un enfant libidineux", non pas "l'enfant de la fête des bois", mais l'enfant complice, l'enfant de sa mère comme Monsieur Jacques I. ou Monsieur Albert B. en quête perpétuelle de ce temps perdu.

** Bailly-Salins : ALCOOLISME ETLIBIDO - Confrontations Psychiatriques n°5

*** S. Leclaire - Séminaire 1969 Vincennes - Lettre sur la fonction de la mère - de l'inceste - sur la fonction du père.

Cette formulation du problème peut paraître étonnante, l'alcoolique se présentant habituellement comme un être informe, anonyme, sans histoire, comme tout le monde, se masquant derrière son acte de boire, se dissimulant dans son discours vide et surtout comme un être désir.

Il est fort probable que ce refuge dans l'acte de boire est un subterfuge pour mieux se dissimuler, s'éviter de revivre trop directement les épreuves de cette relation à la mère.

A la lueur de ces considérations, tout en suivant le fil de la pensée de Freud, il est aisé de rapporter ce tiers lésé dans la constellation familiale au père lui-même ou plus précisément au Nom du père. Ainsi nos malades chercheront avant tout des femmes substituts de la mère ayant une prédilection pour les femmes d'âge mûr, déjà mariées, mais surtout femmes de nombreux enfants qui détiennent et donnent et donnent la vie, vi-à-vis desquelles ils occupent des fonctions infantiles.

La seconde détermination qui apparente l'objet choisi à une putain se déduit assez facilement chez beaucoup de nos malades où la mère, elle-même alcoolique, entraînait les enfants dans sa pathologie mais aussi dans sa prostitution.

Pour les autres chez qui consciemment il y avait une différence entre la mère et la putain, ont développé, concuremment des fantasmes d'infidélité chez la mère qu'ils identifient, ainsi, à une femme facile.

LA FONCTION MATERNELLE DE L'INSTITUTION

Cette parole, rendue aux malades, retranscrite dans les observations, est une excellente introduction qui permet d'aborder puis d'expliciter la vie institutionnelle du foyer. L'hypothèse de Woodbury faisant des psychotiques les organisateurs de l'institution psychiatrique se vérifie chez nos malades alcooliques avec une grande acuité.

Le foyer, créé par des anciens buveurs du mouvement "Vie libre", destiné à accueillir, héberger ces alcooliques "leurs frères de débine", est une illustration de cette hypothèse. La seule dénomination de post-cure renvoie déjà à un certain type de traitement de la maladie où, selon un rituel bien établi, on fait sa cure, puis l'après-cure.

Ce type de traitement est le seul que des mouvements d'anciens buveurs cautionne. Les sujets désirant entrer au foyer doivent admettre ses exigences. Ils doivent avoir subi une désintoxication et prendre de l'Espéra' ce qui implique une abstinence. La guérison passe par l'abstinence répètent inlassablement les mouvements d'anciens buveurs. C'est pour cela qu'ils refusent certains médicaments de l'appétence comme le Flagyl.

Ce médicament expérimenté par Léger et Daudet vise à modifier l'oralité du sujet par le biais d'une distorsion esthétique du goût. Il vise donc à atténuer l'appétence sans perturber totalement l'attrait du sujet pour le vin, en quelque sorte, le sujet continue à boire, mais il est amené à baisser sa consommation du fait de l'aversion gustative.

Il est intéressant de constater que les buveurs guéris refusent énergiquement ce traitement, eux qui se définissent comme incapables de boire en petite quantité. Tout se pose comme si l'alcoolique ne pouvait obéir qu'à la loi du tout ou rien; alcoolique ou abstinent, telles sont les seules issues,entre ces deux extrêmes, il n'y aurait pas de possibilité.

Ici, au Foyer, l'abstinence avec son corollaire l'interdit, est promue au niveau d'un règlement. Cette loi dont le représentant officiel est le directeur du Foyer, lui-même ancien buveur , est le préalable à toute entente.

Canaliser l'interdiction sur l'alcool permet à l'alcoolique d'éviter que cette interdiction se porte à un autre niveau. Il est très intéressant de noter que le sujet opère de telle façon que le porte-parole de cet interdit, soit sa femme ou un substitut (assistante sociale ou même médecin).

Les femmes d'alcooliques du fait de leur histoire se prêtent plus que d'autres à ce travail dont elles ont la vocation. Telle cette jeune fille et sa mère qui firent irruption à l'hôpital, trainant avec elles une misérable loque vivante : leur père et mari !

.../...

Cet homme, comme l'on s'en doute, buvait et elles venaient le faire désintoxiquer. Tout se passait pour le mieux du monde quand ces deux femmes, prétextant l'ennui mortel de leur homme, le tirèrent de sa passivité de curiste, interrompant le traitement contre avis médical, pour ramener l'objet de leur tourment à la maison. Elles refusèrent, en son nom, l'espéral, proposant à sa place un équivalent : leur plan. Ce plan consistait à le remettre au travail dans une usine d'eau minérale de la région, la fille le convoierait, matin et soir, en voiture pour lui éviter de mauvaises rencontres au café où seul il risquait de s'arrêter.

Ce plan diabolique est une illustration de ce que veut éviter l'alcoolique "en prenant son espéral" : La restriction des activités, la limitation géographique, la surveillance permanente, le contrôle incessant donnent le change à l'antabus.

Ainsi, paradoxalement, la prise d'espéral, l'interdit canalisé sur l'espéral, serait la seule condition de sa liberté. Le choix de l'objet conjugal, dont on a vu à quoi il renvoyait, est le déterminant de l'organisation de la vie quotidienne du foyer. Cet alcoolique abandonné exclu, rejeté, ne peut que reproduire,avec l'institution,ce jeu, cette relation qui le place en position infantile.

Clarveul a bien montré que le médecin ou, d'ailleurs, tout personnage (certaines assistantes sociales y semblent particulièrement disposées) ne peut qu'occuper une place maternelle à l'égard de l'alcoolique, place maternelle déjà occupée par ladite femme, place qui le réduit à jouer les utilités dans leur fantasme. Par extension, l'institution ne peut être que maternante, d'autant que la femme ici a disparu. Le Foyer est, en effet, un regroupement d'abandoniques.

Encore faut-il préciser ce que l'on entend par fonction maternelle de l'institution. Si la femme de l'alcoolique est celle qui gère le budget, distillant, parcimonieusement, l'argent au mari, si elle est la seule à s'occuper des tâches administratives, de l'éducation des enfants, tout se passe comme si il y avait une délégation de pouvoir de la femme à l'institution.

L'alcoolique se met toujours en position d'être pris en charge par le Foyer. Il attend toujours de l'extérieur une solution à ses problèmes.

Le Foyer joue un rôle protecteur, assurant le gîte, l'entretien, la nourriture et beaucoup de pensionnaires y adoptent une attitude passive faite d'attente et de soumission.

Par certains égards, l'alcoolique lui demande de réaliser une prise en charge totale, c'est-à-dire, celle qui subvient à tous ses besoins. Il lui demande, et nous le verrons plus tard, d'être celle qui lui interdit de boire en lui distribuant l'espéral.

Ainsi, donc, ce nouveau Foyer est appelé, par la demande implicite des malades à être une institution maternante, à être ce lieu qui viendra, en lui assurant travail, nourriture, gîte, avenir, statut social, à prendre le relais de leur choix d'objet conjugal.

- LES COMPORTEMENTS PSYCHOPATHIQUES ET LA FONCTION D'HEBERGEMENT DU FOYER -

- Quelques observations cliniques -

- La fonction d'hébergement du foyer -

LE NAVIGATEUR SANS RIVAGE -

Monsieur Alexis M..

Ce petit homme de 49 ans, barbu, au contact facile, échoue au Foyer au terme d'une vie mouvementée.

Cette vie dont il va énumérer les péripéties, il la considère comme une vie de bohème, s'identifiant à un navigateur sans rivage.

Son enfance décrite avec précision a été pour lui l'inévitable moule à sa vie d'adulte.

- Né à Paris, dans une famille pauvre de cinq enfants, il fut initié très rapidement par ses parents à une vie marginale : sa mère dansant un peu ici et là, quant au père, il faisait de la musique de rue pour gagner quelques sous et les nourrir.

  Ce n'était pas cette petite pièce qui leur servait de repaire qui l'habitua à la tranquillité d'une vie familiale paisible et, rapidement, à l'image de ses parents, il devint un homme de la rue, un musicien à quatre sous.

  Dès lors, le bandjo et la mandoline furent ses seuls compagnons. " Le bandjo c'est ma roue de secours répète-t'il, sans lui je ne suis rien ".

  Cet instrument, témoin à vie de son passé, ne le quitta plus, même pas à la légion étrangère où il passa quelques années.

  Là il prit des habitudes de boisson, y trouvant un certain équilibre et le retour à la vie civile fut un échec inévitable.

  Condamné à une vie à part, il vécut solitaire et célibataire, en marge de cette Société, qu'il envie certes, mais à laquelle il ne se sent pas participant.

  Ainsi, de voyage en voyage, il sillonne la France, couchant là où l'on pouvait l'accueillir, parfois à l'Hôpital Psychiatrique, mais jamais en prison.

  Revenant se localiser sur un bateau mouillé dans la Seine, la nuit il faisait de la musique avec son éternel bandjo, son chien, dont il ne peut jamais se séparer, lui gardait le navire pendant les absences de son maître.

  Cette vie, dans laquelle il se sent à l'aise, n'eut qu'un temps et, rapidement, il se trouva rejeté et alla rejoindre un de ses anciens amis, un protecteur en quelque sorte, comédien et acteur de son métier, qui l'héberge dans sa maison de campagne de l'Aisne.

  Tout en gardant la propriété, pendant l'absence de ses maîtres, il fait de la musique, écrit des poèmes et boit...

  Malgré une cure à l'Hôpital Psychiatrique départemental, la situation s'aggrave jusqu'à ce qu'un incendie accidentel brûle la maison, le bandjo, tous ses souvenirs et son cher passé. Seul, le chien est indemne et l'accompagnera au Foyer où il vient chercher un nouveau refuge.

De passage au Foyer, Monsieur M. nous parlera beaucoup de sa vie, de l'affection qu'il porte à son chien, mais aussi des difficultés qu'il a pour supporter la collectivité: "Parfois, j'aimerais mettre mon matelas dans la cabane du jardin".

- DE LA PRISON AU FOYER DE POST CURE EN PASSANT PAR LA BOISSON -

Monsieur Augustin B.

Monsieur Augustin B. - 31 ans - S.D.F - arrive au Foyer, par hasard, où il vient chercher refuge après maintes péripéties.

Sa biographie abondante est mouvementée :

- Né à Tourcoing pendant la guerre, son père, qu'il n'a pas connu, meurt rapidement en déportation, sa mère l'abandonne à l'âge de 8 ans, juste avant d'être déchue de ses droits maternels.
  Cette mère qui s'adonnait à la boisson aurait eu de multiples liaisons, d'où de nombreux demi-frères et demi-soeurs, dont une à laquelle il est particulièrement attaché.

  Malmené pendant son enfance, il est recueilli par un oncle puis placé à l'Assistance Publique, notamment chez une nourrice très sévère.

  Un asthme chronique important apparu dans les premières années de sa vie, sera un facteur aggravant de ses difficultés. Cet asthme tantôt compliqué, rarement traité, ne le quittera pas, conduisant à des difficultés respiratoires chroniques.

  Après avoir obtenu son C.E.P, il termine son apprentissage de chaudronnier, mais échoue à un diplôme de dessinateur.

  A 19 ans, il s'engage dans les parachutistes, mais est réformé temporaire après 4 mois d'Algérie et à la suite d'une crise d'asthme.

  Il retourne chez son oncle à Tourcoing pendant 9 mois, mais sa tante "tournait autour de lui".

  Après une dispute avec son oncle, il part dans un foyer de pupilles de la Nation où il reprend, irrégulièrement son travail.

  A la même époque, alors qu'il est émancipé, il est reconnu apte à terminer son service militaire. Durant cette période d'un an, il dépense tout l'argent qu'il possédait.

  Il revient, une nouvelle fois à Tourcoing où il apprend que sa mère est remariée avec un repris de justice. Ce dernier bat et viole sa demi-soeur préférée. L'homme est condamné à 5 ans de réclusion et Monsieur B., cité comme témoin n° 1, n'est pas accusé malgré la sévère correction qu'il a administré à son beau-père.

  Puis il reprend une vie errante entre le Nord et Rouen, presque clochardisé. Les condamnations vont aller se succédant, s'accumulant au fil des années pour délits variés (vol de voitures, vagabondage, violation de domicile, tentative de vol etc..).

  A peine sorti de prison, il y retourne après avoir commis un nouveau délit. La prison, qu'il connaît bien puisqu'il dit totaliser 50 mois de réclusion à présent, semble rythmer sa vie dont elle fait partie prenante. L'univers carcéral est mal supporté, il y fait plusieurs crises de nerfs et une tentative de suicide.

  A sa sortie de prison, il a des difficultés pour retrouver du travail et se réfugie dans des lieux marginaux, fréquentant bars mal famés, prostituées, ferrailleurs etc..

.../...

C'est alors qu'il décide de faire une cure de désintoxication.
Son alcoolisme impulsif ne lui posait pas de problèmes et l'a conduit à se faire traiter après un traumatisme crânien accidentel sérieux.

Bien que l'E.E.G. soit normal, Monsieur B. présente de nombreuses crises à chaque alcoolisation.

Ne pouvant plus supporter les boissons alcoolisées, il est conduit à subir quelques cures et, par là, à connaître les foyers de post-cure de toute la France.

Durant son séjour au Foyer d'Essonnes, Monsieur B. fit part de sa découverte à ses amis de débine, leur recommandant cette bonne adresse du circuit touristique de la déviance.

L'effet ne se fit pas attendre et deux de ses copains vinrent le rejoindre.

Durant son court séjour, il accepte la prise d'Espéral, participant, régulièrement, aux activités du Foyer, animant avec talent les réunions, révélant par là ses capacités quasi professionnelles en la matière.

Monsieur B. nous apparut comme quelqu'un qui ne tenait pas en place, son activisme, son instabilité traduisant son inquiétude, son mal à vivre, cette peur de la Société dont il parlait.

Ce sujet qui nous est venu par la route, venant de Bourgogne, est reparti, comme il est arrivé, brutalement sur un coup de tête.

Ces psychopathes, dont on dit qu'ils ne sont pas psychotiques ni névrosés, ni pervers, mais les trois à la fois, sont aussi et souvent de bons alcooliques chroniques.

A vrai dire, il est difficile de les enfermer dans une classification stricte, la classe nosographique des déséquilibres visant de l'élimination des autres diagnostics.

Ici, l'alcoolisme apparaît comme un symptôme d'un désordre psychopathologique plus complexe. Pour Borel, il s'agit d'alcoolique cérébral caractériel. Pour Jellinech d'alcoolomane ou de buveur discordant. Pour Fouquet d'alcoolose.

Cette succession d'étiquettes rend bien compte de l'ambiguïté nosographique. Une approche du vécu, une analyse existentielle des différents symptômes nous sont apparues plus fructueuses.

Dans tous les cas, la biographie à histoires faite d'une succession "d'épisodes" discontinus, d'accumulation d'entreprises inachevées ou interrompues par l'échec, est très évocatrice.
Surtout deux traits du comportement les caractérisant : l'instabilité et l'impulsivité.

- L'instabilité qui s'exerce dans tous les domaines géographiques professionnels, est le fondement du mode d'existence du déséquilibre.

- L'impulsivité est un autre aspect important qui conditionne leur vie et rend compte de leurs rencontres, fugues, tentatives de suicide, épisodes médico-légaux. Cette impulsivité conduit naturellement au pivot du déséquilibre : le passage à l'acte.

Ainsi, chez ces individus, toute frustration entraîne, immédiatement, un passage à l'acte agressif et immédiat, sans anticipation des conséquences possibles, vécu sans culpabilité.

A cet égard, il nous a semblé que le mode de boire de ces individus pouvait être assimilé à un passage à l'acte, seul mode de relation possible pour eux.

Leurs ivresses, tantôt solitaires les revigoraient, leur donnaient l'assurance pour commettre de multiples délits, parfois elles s'accompagnaient de tout un cortège théâtral, d'une véritable mise en scène. Ainsi, certains individus rentraient des bouteilles d'alcool au Foyer pour les engloutir, brutalement, devant leurs compagnons, sur un mode très agressif, défiant en public le règlement, puis, dans un second temps, à moitié ivres, ils retournaient cette agressivité sur eux-mêmes en avalant quelques comprimés d'Espéral.

Cette conduite paradoxale ne peut être comprise que par une analyse du passage à l'acte. Green le considère comme un geste agressif qui n'est qu'une anticipation de la punition recherchée.

Le psychopathe définit par le psychiatre comme un sujet instable, impulsif, ayant une prédilection pour le passage à l'acte, reçoit surtout un statut de marginal délinquant, associal de la société qui tente, pour le neutraliser, de le localiser dans des institutions spécialisées, rééducatives, de redressement.

.../...

A cet égard, le Foyer considéré, officiellement, comme un lieu d'hébergement a une vocation d'accueil de ces sujets. Il y existe, en permanence une population marginale : anciens légionnaires, anciens détenus, voyageurs.... La plupart y restent quelques mois, revêtant à cette occasion "l'habitus de l'alcoolique".

Ces sujets en attente partent toujours brutalement à la recherche d'un autre gîte, évitant, autant que possible, la prison et l'hôpital psychiatrique. Les autres, fatigués par leurs multiples randonnées à travers la France, s'y localisent, y trouvant "un milieu de survie". Ils choisissent ce à quoi ils ne semblaient pas particulièrement destinés, d'être des alcooliques, quitte à se mettre à boire pour se justifier. Confinés dans l'anonymat de l'alcoolisme, protégés socialement et juridiquement, ils organisent leur nouvelle vie, en rentrant dans l'ordre social.

Pour ces individus marginaux, le foyer fonctionne comme un lieu souple d'institutionalisation de la déviance. Différent de l'univers carcéral, mais aussi de l'asile psychiatrique, le Foyer se rapproche de certaines institutions intermédiaires comme les maisons de protection sociale en Belgique.

Les individus accueillis sont des sujets "hors secteur" que l'on peut même considérer comme non sectorisables géographiquement. Leur secteur de vie qui n'est pas localisable, puisqu'ils vont de ville en ville à l'image des nomades, peut être assimilé à une sorte de circuit touristique de la déviance.

Pour n'être de nulle part, ils sont de partout, tantôt sur la route, parfois en prison, certains deviennent à l'occasion des alcooliques. De sujets à "histoires", ils deviennent des individus sans histoires, ils quittent les lieux d'internement pour des foyers de post-cure.

Il semble que les Foyers de post-cure pour alcooliques, répartis à travers la France, ont une clientèle particulière et, dans ces différentes institutions, il existe une véritable graduation du traitement. Certains Foyers sont fermés et très stricts, d'autres sont plus souples et même munis d'ateliers protégés.

Cette autonomie, ce circuit parallèle, cette vie à part des alcooliques, leurs propres lieux de désintoxication et de post-cure, en un mot cette situation marginale de l'alcoolisme témoigne d'un certain plan thérapeutique qui est celui des mouvements de buveurs guéris, qui n'est pas sans rappeler l'organisation de soins des toxicomanes ou l'organisation des prisons en France.

Devant un alcoolique, le sujet rentre dans l'anonymat protecteur d'un monde sans différences, il accepte de renier son histoire, son passé, pour être un buveur comme tout le monde.

Il en est ainsi de certains alcooliques, notamment des buveurs guéris, comme de ceux qui rentrent dans les Ordres et qui vont par mysticisme et vocation jusqu'à perdre leur nom, leur identité pour se confondre dans la masse des Frères.

III - LES COMPORTEMENTS PSYCHOTIQUES -

I - TROIS OBSERVATIONS CLINIQUES -

- UNE DEFENESTRATION
- UNE FUGUE
- UNE PLAINTE

II - VERS UNE COMPREHENSION PSYCHOPATHOLOGIQUE DE CES ETATS PSYCHOTIQUES :

A) DEUIL & MELANCOLIE

B) LA PARENTE ENTRE L'ALCOOLISME ET LES ETATS MANIACO-DEPRESSIFS

C) L'AMBIVALENCE A L'EGARD DE LA BOISSON :

1°) Dans la conception de la guérison chez les anciens buveurs -

2°) Dans le traitement habituel de la maladie -

D) LA FONCTION IMAGINAIRE DE L'ALCOOL -

L'Alcoolisme est un symptôme érigé en maladie, l'alcoolique quand il n'est plus considéré comme un vicieux ou dégénéré est alors inter--pelé comme malade - Un drôle de malade dont on dit un peu trop facilement qu'il est normal quand il n'a pas bu, un malade certes mais pas un fou, un malade de la consommation, un sujet quelconque qui aurait trop abusé de la boisson dépassant la consommation permise pour finalement s'intoxiquer -

Cet être à désintoxiquer est souvent soumis à la routine hospitalière de la cure de dégoût sans que sa problématique individuelle soit abordée.

C'est dans l'après cure que va se manifester pour certains malades des Trou--bles psychiatriques caractérisés, c'est le moment ou l'alcoolisme cède le pas au Délire ou à la Dépression - Dernière tentative pourse faire entendre, l'issue psychotique le mène au confins de sa destruction levant définitive--ment le voile sur le néant de sa propre mort.

Le Foyer dont nous avons précédemment défini la vocation maternelle et d'hébergement s'était donné pour mission de recevoir tous les individus " dès lors qu'ils n'étaient pas invalides ou déficients psychia--triques " setrouva brutalement confronté puis submergé par ce trop plein de folie inattendue et imprévisible.

Cela tenait :

- pour une part à la personnalité fragile de sujets marqués profondément par leur long passé hospitalier.

- pour une autre part à la tentative plus ou moins brutale de réinsertion socio-professionnelle qui les obligeait à s'intégrer dans une autre vie plus sociale, abandonnant leur statut d'assisté.

La coexistence de ces deux ordres de facteurs, les uns liés à la personnalité des sujets, les autres à rapporter au passage d'un lieu de totale assistance à un mode de vie plus autonome ne peuvent rendre compte qu'en partie de ces issues psychotiques.

L'allure clinique de ces épisodes nous permis d'aborder de plus près leur psychopathologie. D'emblée deux critères sont constamment retrouvés :

1) Ces " Etats de rupture " surviennent alors que le sujet est abstinent (abstinence supposée volontaire ou imposée) et semble succéder à l'in--toxication alcoolique dont elle tienne lieu de substitut défensif.

2) Ces Etats prennent l'allure d'un épisode mélencolique plus ou moins typique.

I - TROIS OBSERVATIONS CLINIQUES

Pour illustrer notre propos nous avons retenu trois tableaux cliniques, L'un tragique a marqué une étape décisive dans l'évolution du Foyer, Les deux autres eurent uneissue plus favorable.

A) UNE DEFENESTRATION BRUTALE

La mort soudaine, inattendue de Monsieur G.... 35 ans - nous conduit semble-t-il au coeur de la problématique de l'alcoolique.

Les circonstances furent dramatiques, une défenestration sans motif apparent un samedi soir en pleine nuit a plongé chacun dans la stupeur.

En effet ce garçon de 35 ans étaitun pilier de la communauté, un des éléments stables qui progressivementen avait oublié son passé judiciaire, sa vie de voyou, ses errances de jeunesse - Gagnant la confiance du Directeur il était devenu le Cuisinier du Foyer ce qui était une façon de le réconcilier en partie avec son ancien métier de Boucher - Il était stabilisé, probablement ancré dans " cette vie à part " où il avait trouvé un douteux refuge et à au--cun moment n'avait émis le désir de quitter le Foyer.

Rien ne pouvait laisser préjuger d'une telle issue, seuls quel--ques indices rassemblés rétrospectivement nous ont permis d'évoquer avec assurance la possibilité d'un raptus suicidaire mélancolique.

Il était connu comme un sujet gai et volontiers expansif, coopé--rant " toujours prêt à rendre service ". Les jours précédents sa mort, ses camarades l'avaient trouvé différent échappant à l'image qu'il leur avait donné de lui-même pendant des années - Au dire de ses compagnons il était extréme--ment inquiet, pénétrant brutalement dans la chambre des autres pournen sortir rapidement - Ce jour là, il avait pourtant assuré comme à l'habitude son travail, dans l'après midi il avait demandé à rencontrer le Directeur l'interpellant bizarrement

... " Qu'est-ce que vous avez donc à m'en vouloir ! " aurait-il lancé à son adresse. -- Propos bizarres, abserdes, dernier appel tout empreint d'une im--mense culpabilité anxieuse, dernière interrogation - le lendemain M... G... s'est jeté par la fenêtre de sa chambre du deuxième étage.

Cette mort peu naturelle eu un gros retentissement sur le moral des autres pensionnaires, mais aussi sur le Directeur et ses Surveillants - La D.A.S.S. en fût informée et un Inspecteur fût envoyé en visite au Foyer - Le suicide brutal de Monsieur G.... nous mettait bien en accusation.

B) UNE FUGUE

Monsieur F....., 40 ans, avait disparu depuis quelques jours.
Avait-il quitté le Foyer pour une autre destination ?
Avait-il réintégrer ce qui lui restait de vie familiale en la personne d'un de ses frères à Saint-Quentin ?
Avait-il loué une chambre en ville ?

A notre grande surprise il fut reconduit par deux chasseurs qui l'avaient inopinément découvert immobile, figé, dénutri, au fond d'une roulotte perdu dans la campagne. Cette rencontre fut à tous égards paradoxale puisque ces deux chasseurs probablement bredouilles s'étaient servis de cette roulotte abandonnée comme cible.

Qu'elle ne fut pas leursurprise de voir s'échapper de celle-ci un homme hir--sute , quasi cadavérique qui levait les bras comme en signe de reddition.

Cette fugue avaitpour lui un sens précis, se laisser mourir de faim, de soif, (il n'avait pas mangé depuis une semaine), se retirer défini--tivement du monde des vivants.

Lorsque je rencontrai Monsieur F.... à la fin de son escapade, il exprimait des idées de mort, d'anéantissement, ne pouvait plus trouver en lui la source de vie qui l'animait jusqu'à présent.

Il justifiait son comportement très pauvrement, prétextant une déception minime dans son travail sous la forme d'une remarque du Contremaître de l'Usine.

Le traitement médicamenteux (anti-dépresseur, anxiolytique) à dose moyenne lui permit d'émerger progressivementde cet anéantissement.

L'aide et le soutien que lui apportèrent ses camarades se relayant en permanen--ce à sonchevet, l'incitant à se lever pour les repas, répondant en toute naï--veté à ses propos dépressifs et délirants le conduisirent rapidement sur les chemins de la guérison -

Au bout de 15 jours il avait repris sa place au Foyer et avait regagné son travail.

-=-=-=-=-=-=-

C) UNE PLAINTE

Monsieur M... Robert, 27 ans est un sujet qui peut faire pitié ou bien tout simplement étonné - A le voir on a l'impression qu'il a vécu sa vie, que tout est prédéterminé et que rien ne pourra être changé.

Son passé hospitalier est extrêmement lourd puisqu'il totalise plus de cinq années - Il a connu Prémontré très tôt dès l' âge de 15 ans et semble y avoir trouvé malgré la froideur des lieux un milieu de survie - Ses parents étaient des alcooliques et ils disparurent rapidement laissant derrière eux leurs en--fants qui furent placés par les services d'Aide à l'Enfance.

A 25 ans, Monsieur M... ne connaissait de la vie que celle de l'Hôpital de Prémontré qu'il quittait parfois pour un mois s'intoxiquant mas--sivement à l'alcool avant d'être ramené en Placement d'Office au bercail psy--chiatrique.

Au foyer où il avait déjà fait un séjour voici deux ans, il reve--nait, sa présentation s'était considérablement modifiée dans le sens d'un vieillissement.

Il s'intégra rapidement à la vie quotidienne prenant un travail de Manoeuvre auquel il tenait beaucoup. Un jour il vint me consulter car il avait abandonné son activité professionnelle, s'enfermant des journées entiè--res dans sa chambre, une profonde tristesse se lisait sur son visage alors que ces va et vient témoignaient d'une très grande angoisse.

Il me confia avoir la certitude d'être atteint d'un mal incurable qu'il pouvait difficilement expliciter.

La seule issue lui semblait être le suicide, la mort. Il n'entrevoyait aucune solution pour l'avenir et me demandait avec insistance de lui confirmer que rien de redoutable ne pourrait lui arriver.

Le profil de sa plainte pouvait être facilement rattaché à un épisode mélancolique sévère qui fut rapidement jugulé par un traitement chi--miothérapique.

II - VERS UNE COMPREHENSION PSYCHOPATHOLOGIQUE DE CES ETATS PSYCHOTIQUES

Revenons à notre hypothèse de départ qui implique deux conditions :

1) LA BASCULE PSYCHOTIQUE se fait sur un mode mélancolique ce qui implique un Etat Dépressif sévère, particulier car s'y adjoint :

- une douleur morale profonde irrémédiable
- la recherche souvent délibérée de la mort par le suicide
- l'existence d'idée délirante d'auto-accusation.

2) CETTE BASCULE PSYCHOTHIQUE survient au cours de l'abstinence c'est-à-dire au cours d'une privation forcée d'alcool par une instance sociale extérieure ou acceptée par le sujet comme une Loi surmoïque intériorisée. Elle peut donc être considérée à certain égard comme un travail de Deuil.

A) DEUIL & MELANCOLIE

Ce travail de Deuil est certes pathologique et l'on connait très bien les rapports entre le Deuil et la Méloncolie depuis l'article de FREUD en 1917 " TRAUER UND MELANCOLIE ".

Dans le deuil il y a effectivement une perte objectale réelle mais cet objet disparu ou abandonné est conservé par le mécanisme de l'introjection. Cette identification régressive lui assurant la survie dans le sujet. Le Mélancoli--que dont Abraham prétend qu'il entretient avec les sentiments normaux du Deuil les mêmes rapports que l'angoisse névrotique avec la peur, contracte des rapports d'une ambivalence externe avec ses objets. Cette ambivalence orale cannibalique fait coexister en elle le contraire d'où son importance dans la relation d'objet du mélancolique.

Ici se trouve mis en lumière l'investissement narcissique de l'objet. Lors de la perte de l'objet le moi en s'identifiant à l'objet perdu, retrouve d'autant plus facilement celui-ci qu'il l'avait préalablement investi non pour ce qu'il était en propre mais comme anologon, alter égo - Freud poursuit, " l'ombre de l'objet tombe alors sur le moi qui peut alors être jugé par une instance particulière comme un objet abandonné ". Cet objet étant incorporé c'est donc le moi qui va être soumis aux attaques les plus impitoyables les plus tyranniques de ce que Freud nommait encore en 1917 la conscience morale. Ainsi le Méloncolique en remplaçant l'objet perdu par son propre Moi se dévore lui-même.

B) LA PARENTE ENTRE L'ALCOOLISME ET LES ETATS MANIACO-DEPRESSIFS

La parenté entre l'Alcoolisme et les Etats Maniaco-Dépressifs est pointée par de nombreux auteurs (FENICKEL, RADO, GLOVER), l'ivresse notamment a pu être comparé à certains accès maniaques dont parfois elle prend l'aspect donnant l'impression d'un état de plénitude, de complétude, de triomphe illu--soire et momentané alors que souvent lui succède ce que KIELHOLTZ nomme " Une Mélancolie Alcoolique ".

L'acte de boire durant le temps qu'il se déploie n'est-il pas tota--lement investit comme un moment sans limite de toute puissance narcissique et de maitrise motrice de triomphe du geste sur la pensée. Mais ce n'est qu'au moment où l'acte de boire est terminé, le verre vidé qu'ainsi se réintroduit le temps avec le risque de voir surgir à nouveau tout ce qui était en suspens du--rant son accomplissement. Le verre vide sur la table est un nouvel objet perdu l'acte fini devient le témoin de quelque chose de mortelle signe de manque.

Cottraux dans sa thèse reprend un certain nombre d'expressions popu--laires qui connotent l'éthylique comme un contenant vide destiné à être rempli (sac à vin qui doit se remplir, huitre, être rond, etc ....). A un degré de plus l'éthylique apparait comme un trou, un boit sans soif. Image trouée d'un corps qui pour être complet a besoin de liquide, faille narcissi--que que l'on peut rapprocher sans aucun doute de la métaphore traumatique de Freud lorsqu'il caractérise le Mélancolique " le complexe mélancolique se com--porte comme une blessure ouverte attirant de toute part les énergies d'inves--tissement et vidant le Moi jusqu'à l'apprauvir considérablement ".

Ainsi l'Ethylique pour avoir le sentiment d'exister doit se remplir de ce liquide mais cette ivresse maniaque terminée le confronte plus que jamais et douloureusement à sa vacuité. Image d'un contenant vide qui veut en perma--nence se remplir et garder ce quelque chose à l'intérieur mais aussi corps, blessé, percé, traumatisé, contenant se vidant perpétuellement tel se présente nos malades dans la vie quotidienne. L'alcool circule dans ce corps percé qu'il faudra toujours alimenté à l'image de cet homme de la fête de la bière qui boit et urine en même temps. La boucle est close, le liquide entre par un orifice et sort par l'autre.

Cet alcool lui apporte ce qui lui manque, la vie, il le réchauffe, avec son dopant il dit pouvoir carburer, démarrer au boulot le matin. Certains éthyliques recherchent l'alcool à brûler en dernier recours, d'autres fabri--quent des cektails explosifs (mélange éther, vin blanc), un de nos malades voulaient se suicider en avalant de l'essence. Absorber de l'essence pour ne plus vivre, pourtant cette essence ne pouvait pas lui apporter ce qu'elle aurait conférer à un moteur. Peut être s'était-il identifié à une machine, corps machine branché sur le travail par le geste. Ce liquide alcoolique avec qui il contracte desrapports ambivalents est donc recherché comme peut l'être quelque chose d'énergétique introduisant ainsi cette autre dimension du tra--vail comme émanation puis substitut de la boisson. Travail investit, surinves--tit qui lui fait souvent dire " si je ne trouve pas de bouleau je me tue ".

L'amour entre l'alcoolique et son alcool est un amour impossible placé sous le double signe du plaisir et du danger avee comme arrière fond, chacun dans son entourage le pressent la mort.

Cela apparait avec grande acuité chez l'être désintoxiqué, déshabitué qui est toujours quelqu'un de triste, de démuni, chez qui une blessure profonde appa--raît toujours à fleur de peau.

Certains s'en tirent en réalisant la conversion qui serait unmécanisme de deuil réussi, les autres, ceux que nous rencontrons au foyer, la grande majorité vivotent. La perte de leur objet d'amour est l'occasion privilégiée de faire valoir leur ambivalence à son égard. Ainsi les reproches que l'alcoolique mé--lancolique se fait à lui-même avec grande sévérité il les réservait incons-ciemment à sa boisson dont il ne cesse de manquer.

C) L'AMBIVALENCE A L'EGARD DE LA BOISSON.

Cette ambivalence apparaît avec clarté lorsqu'on lui prête quelque attention que ce soit chez les anciens buveurs ou même dans la conception que l'on a du traitement de la maladie alcoolique.

Examinons successivement ces deux éventualités :

1) DANS LA CONCEPTION DE LA GUERISON DES ANCIENS BUVEURS

La guérison telle que la comprend les mouvements d'anciens buveurs est une excellente illustration de cette hypothèse. Autrefois dévoués passionément à la boisson ils en avaient fait un objet d'amour total leur apportant plaisir et satisfaction - aujourd'hui abstinant, ils vouent une haine totale à leur ancien objet qu'ils ont décidé de combattre de toute leur énergie.

Ce phénomène rapproché métaphoriquement par de nombreux auteurs d'une conversion religieuse laisse entrevoir une très grande ambivalence.

Dans le premier cas l'amour n'est pas total et certains alcooliques boivent mais expriment au cours de leurs ivresses des troubles digestifs ou somatiques particulièrement désagréables et l'on dit d'eux qu'ils ne supportent pas le vin ou qu'ils ont le vin triste.

A l'opposé l'alcoolique abstinent combat avec autant d'ardeur la boisson qu'autrefois il adorait , on dit de lui " qu'il n'y touche plus " - Pourtant de multiples indices permettent de pressentir son attrait toujours présent pour l'alcool - Certes ils ne boivent plus mais ne parlent plus que de cela, exhibant avec une certaine satisfaction leur passé.

2) DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE ALCOOLIQUE

Cette ambivalence redoutable se concrétise et prend forme dans le traitement habituel de la maladie alcoolique oùse trouve mis en présence l'alcool et son antidote : l'antabus - L'un interdit, l'autre et leur association dans un même organisme amorce une réaction caractérisée chimiquement la disulfiram, réaction avec son cortège de manifestations somatiques (cardiaques, digestives, cutanées vaso-motrices) véritable mise en alerte du corps.

Au foyer nous avons constaté avec fréquence certaines situations en apparence paradoxale où le sujet transgresse la Loi de l'abstinence buvant en petite quantité de l'alcool à l'extérieur.

Rentré dans l'enceinte de l'Etablissement, ils se précipitent sur le tube d'Espéral et en dévorent quelques comprimés. Si ce geste témoigne d'une immense agressivité que le sujet retourne sur lui-même, il révèle parallèlement l'at--tachement très particulier fait d'un mélange d'amour et de haine que nos ma--lades contractent avec leur objet.

La perte de leur objet alcool est donc bien l'occasion de faire valoir cette ambivalence témoin du stade oral de la libido où selon l'expression de Freud, l'emprise amoureuse sur l'objet coïncide encore avec l'anéantissement de celui-ci. Plus précisément il s'agit du stade oral cannibalique où l'objet est attaqué, dévoré assimilé. Cette incorporation par ingestion de l'alcool et de son antidote est bien le témoin matériel de cette union de la libido et de l'agressivité. L'implant d'Espéral fait certainement appel au même mécanisme qui est celui d'une incorporation par une boutonnière cutanée tout en renvoyant à la notion de blessure corporelle.

D) LES FONCTIONS IMAGINAIRES DE L'ALCOOL

A la lueur de ces considérations cliniques, il nous est maintemant possible de préciser la fonction de l'objet alcool chez certains individus ainsi qualifiés d'alcoolique. Certains malades parlaient de leur alcool comme d'un copain, paradoxalement l'espéral est souvent vécu comme un ami, un soutien.

IL est donc probable que l'alcool ou son contraire apparaissent comme une image en miroir, un interlocuteur narcissique, un autre lui-même, seul objet transitionnel qui lui permet de prendre contact avec le monde extérieur privilégiant l'imaginaire surtout ce qui est du domaine des échanges et de la parole.

Les cures de désintoxication qui sont plutôt des cures de séparation ne sont que rarement volontaire (l'alcoolique est souvent forcé à se soigner dans un premier temps par une instance extérieure : Loi de 1954, sa femme, son employeur) Elles ne sont pas plus volontaire que peut l'être un deuil que l'on subit tou--jours douloureusement (on dit communément de ces malades qu'ils ont subit une cure de dégoût).

Désintoxiqué, blessé, meurtri, tels se présentent nos malades , chaque jour certains réalisent la conversion, d'autres entrent dans la maladie (tantôt c'est un état dépressif mélancolique, parfois un syndrome d'épuisement physique, ailleurs et nous le reverrons le sujet s'organise sur le mode d'une maladie somatique).

Ce qui peut être thérapeutique dans ces conditions c'est d'imaginer des solu--tions de recours pour ces sujets en détresse. Le travail dont on sent l'im--pact thérapeutique est le plus souvent surinvestit comme solution de rem--placement. La mise en place de réunions intérieures, véritable plaque tour--nante des échanges, les contacts pris et développés avec la population, oeu--vraient dans le meme sens. L'approche corporelle ne fut pas négligée et cer--tains pensionnaires bénéficièrent de la rééducation psychomotrice.

Il fallait bien toute une institution thérapeutique pour supporter une telle aventure qui était celle que vivait chacun de nos pensionnaires pendant la post-cure.

- Q U A T R I E M E C H A P I T R E -

- Les méthodes thérapeutiques utilisées au Foyer -

- Thérapeutique de groupe :

1) - Les réunions intérieures

2) - Les réunions extérieures

- Thérapeutique individuelle :

3) - La consultation.

I - LES REUNIONS INTERIEURES

Parmi les instruments essentiels de la psychothérapie institutionnelle, il y a lieu d'isoler la manipulation de l'argent, l'organisation des loisirs et du travail, la pratique des réunions, souvent regroupées sous le terme de Club thérapeutique.

Dans une institution de secteur telle que le FOYER L'ESPERANCE dont le but est réadaptif et qui est en quelque sorte inséré dans la collectivité, branché sur la vie de plein-pied dans le monde du travail et des échanges, les discussions concernant les transactions financières, les loisirs personnels des pensionnaires sont réduits faisant partie du domaine privé. Par contre, l'utilisation des réunions devient l'instrument privilégié de la communauté psychothérapique, le travail dont on sent l'importance qu'il occupe dans le discours de l'alcoolique fera l'objet d'un chapitre particulier.

Très rapidement à notre arrivée, nous avons mis en place des réunions qui s'exprimaient sur les deux registres intérieur et extérieur.

Les réunions intérieures visèrent à débattre entre nous des problèmes qui avaient trop tendance à aller se résoudre sur la voie publique et dans le cadre de passage à l'acte.

Les réunions extérieures sur lesquelles nous auront l'occasion de revenir permirent une ouverture indispensable et complémentaire du Foyer sur les collectivités locales.

Sur un plan général, il y a lieu de distinguer quant aux orientations principales deux types de réunions :

- les unes d'inspiration psycho-sociologiques illustrées notamment dans le courant anglo-saxon des communautés thérapeutiques par Maxel Jones, correspondant au mouvement de la psychiatrie sociale.

- Les autres, profitant de l'application de la psychanalyse aux groupes et aux institutions psychiatriques, renvoient plus au courant français de la psychothérapie institutionnelle de Tosquelles à ST ALBAN à la clinique de La Borde du Docteur Oury.

D'un autre point de vue, on peut caractériser ces réunions selon leur fonction dans l'institution et pour cela les termes ne manquent pas : réunion d'équipe (Balvet), réunion de pavillon, réunion de malades, réunion de personnel, réunion d'organisation, de décision, même d'anti-réunion.

Les réunions intérieures qui furent mises en place s'inspiraient du style des communautés thérapeutiques - Plusieurs raisons nous y poussaient, en particulier l'existence d'une certaine communauté spontanée.

- Même origine sociale et géographique.
- Un passé hospitalier identique, la plupart viennent de quitter le service de rééducation des éthyliques où ils ont subi une cure de désintoxication.
- Collectivité unisexuée d'où la très forte cohésion homosexuelle.

Il eut été maladroit de ne pas profiter de cette structure de base qui s'offrait à nous et de ne pas utiliser ce mode d'approche collectif de l'autre particulier à l'alcoolique s'apparentant à un mécanisme de défense pour ne pas finalement en faire l'instrument de soin électif.

Profitant de ce groupe spontané, nous avons voulu y introduire un certain nombre de techniques psychothérapiques, y remettre un certain ordre, celui des échanges symboliques et du langage. Tantôt lieu d'organisation, parfois de décision ou négociation, cette instance était guidée par nos préoccupations psychothérapiques.

En pratique, ces réunions se dérouleront à un rythme hebdomadaire le soir quand les pensionnaires rentreront du travail. La régularité fut satisfaisante, la présence des pensionnaires n'était pas obligatoire mais fortement recommandée dès le départ, en effet l'absentéisme durant cette première période de crise, aurait été un mal redoutable. Sur notre invitation, les pensionnaires participèrent activement aux activités de groupe préférant de nettement l'implication personnelle à un absentéisme irresponsable.

Trois groupes principaux formaient l'ossature principale des réunions communautaires :

- le groupe des pensionnaires
- celui des membres du personnel
- l'équipe thérapeutique (médecin, ultérieurement assistante sociale).

Les deux premiers constituaient des éléments permanents alors que la présence du médecin et de l'assistance sociale se manifestait par intermittence.

Parmi les pensionnaires, une certaine hiérarchie se dessina, commte tenu de l'ancienneté, on verra se dissocier deux groupes: les plus jeunes et les plus vieux, ces derniers se rapprochant des membres du personnel.

oooooo

LES MEMBRES DU PERSONNEL

Ils sont constitués par :

- le Directeur
- 2 surveillants
- I chauffeur
- I cuisinier

tous anciens buveurs, sujets supposés avoir réalisé la conversion et se devoir à la lutte contre l'alcoolisme. Ce groupe est donc relativement homogène, ne serait ce que par son recrutement particulier puisque le personnel d'encadrement est prélevé parmi certains pensionnaires qui à l'occasion acquièrent, en fonction des circonstances, un statut particulier.

Entre les deux premiers groupes, il n'y a pas de différence radicale d'autant que le passage peut se faire dans les deux sens, ce qui est arrivé pour le chauffeur qui avait rechuté et était passé à nouveau du côté des pensionnaires momentanément. Il est aisé de comprendre que le mécanisme privilégié est l'identification à une image idéale et stable et abstinente représentée notamment par le directeur. Cette organisation assez fermée des soins était à plus ou moins longue échéance vouée à l'échec et il s'avéra nécessaire de faire appel à des étrangers. Un des deux surveillants fut donc recruté dans un autre milieu, celui de la gendarmerie.

L'équipe thérapeutique est représentée avant tout par le médecin dans la mesure où il a été un des premiers introduits dans cette communauté, et où son aide apparaissant aux yeux de tous comme indispensable.

L'assistante sociale est intervenue dans un second temps, à la demande conjointe du directeur et du médecin. Elle ne participe pas aux réunions qui sont relatées.

Les réunions qui en apparence adoptent la forme de communautés thérapeutiques, s'en distingue quant à l'esprit et notamment sur deux points :

- Contrairement aux communautés thérapeutiques, une prise en charge individuelle et personnalisée complétait la prise en charge collective.

- Ces réunions observent à un certain mouvement dialectique irrémédiable dont on verra qu'il renvoyait aux relations que chacun des individus par l'intermédiaire du groupe contactait avec l'institution.
Une telle relation transférentielle ne faisait que reproduire quelque chose de plus profond. L'analyse d'un tel mode de fonctionnement avait pour but de dévoiler à chacun des participants cette chose fondamentale qu'ils avaient en commun et qu'ils ignoraient.

Par ailleurs, ces réunions furent pour nous d'un grand intérêt dans la mesure ou non seulement se trouvait en jeu un certain nombre de phénomènes de groupes, de mécanismes institutionnels rencontrés dans toute situation collective mais aussi et surtout un certain mode d'approche collectif, un discours original pouvait être isolé et rapporté à la problématique de l'alcoolique. Ces réunions nous servirent de loupe grossissante permettant de visualiser ce qui reste microscopique chez chacun des participants pris séparément tant il est vrai que l'alcoolique se permet de parler, de rêver, de fantasmer, de demander quelque chose, alors qu'il n'est pas seul confronté à sa parole vide.

Ainsi, nous accompagnerons chacun des comptes rendus de réunions de quelques réflexions plus théoriques que nous inspirent après coup leurs dires (ce qui est une façon personnelle de mettre de la distance qui est celle du recul et de l'écriture).

Nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle les phénomènes rapportés pendant la réunion étaient la réplique fidèle de la vie quotidienne du foyer et que tous les conflits fantasmés pouvaient s'exprimer librement dans le cadre proposé. Leur transcription prend donc la valeur d'un journal écrit d'ailleurs quant à nous au fur et à mesure, dans laquelle on peut lire l'histoire locale du foyer. Aucune séance n'a été enregistrée au magnétophone mais toute ont fait l'objet de notes personnelles ; dans certains cas, les pensionnaires ou le surveillant ont pu établir un compte rendu notamment pour y afficher certaines décisions. Il est sûr que je n'ai noté que ce que j'ai entendu de ce qui a pu être dit, je faisais donc là un travail d'observateur participant. Ces notes prises au fur et à mesure ne sont donc pas une image fidèle du vécu dans la mesure ou mon écoute en a assuré un premier filtrage. A l'opposé, les rapports de réunions faits par les surveillants suivaient fidèlement à la lettre les décisions prises à l'unanimité.

Ultérieurement, j'ai été amené à écrire sur mes annotations cette démarche entraîne obligatoirement un deuxième filtrage qui nous éloigne du matériel brut de départ. Ce deuxième filtrage doit être considéré comme une remise en ordre des phrases et des mots destinés à me faire comprendre de ceux à qui je vais m'adresser. Cette élaboration secondaire aura certainement un pouvoir distordant mais elle est absolument nécessaire dans un travail universitaire.

De l'écart perçu entre le dit, l'écrit au jour le jour, puis la reprise élaborative secondaire, pouvait peutêtre surgir un sens caché et précieux. Nous avons pris le parti de laisser secret cé non dit en ne publiant pas les premières notes.

Par ailleurs, et dans ce même aspect, je ferais suivre les comptes rendus de quelques réflexions personnelles plus générales dont le but est de rapporter ce qui a été entendu du discours institutionnel à la problématique de l'alcoolique.

Ces réunions vont donc se dérouler sur le mode du groupe ouvert dans la mesure ou certaines personnes assistantes sociales, psychologues sont venus se joindre au groupe par intermittence, apportant par leur présence un souffle de vie extérieur prompt à

ranimer les discussions les plus banales. La présence de ces éléments vécus comme étrangers fut l'occasion de multiples projections que nous analyserons ultérieurement.

La visualisation de films sur l'alcoolisme a précédé certaines réunions mais habituellement le thème proposé ne fut pas suivi et les débats s'orientaient différemment.

Nous avons donc pris l'habitude de nous retrouver dans la plus grande pièce de la maison qui servait également de salle à manger. Cette coincidence explique que certains pensionnaires se disposaient en cours de réunion comme s'ils étaient à table, en l'attente d'un repas, ultérieurement ils utilisèrent l'espace différemment, se regroupant en cercle à mesure que leur cohésion se renforçait.

Les quelques comptes rendus reproduits rendent compte d'une époque particulière, débutant avec notre arrivée au foyer, à l'occasion d'une situation de crise se terminant avec le départ d'un certain nombre de pensionnaires puis la modification du réglement. Entre ces 2 dates, s'écoula environ 5 mois.

COMPTE RENDU N° 1 - *

Les pensionnaires sont venus en nombre moyen à cette soirée, le directeur, Monsieur Bertrand quant à lui est assisté d'un ancien buveur bien connu de tous pour l'intégrité et la rigidité un peu particulière de ses idées et la rapidité de ses jugements.

Mme P. est une jeune assistante sociale de la C.A.F. qui a accepté de participer sur notre initiative à cette réunion dans le but de prendre contact avec le foyer.
La projection d'un film devait permettre d'amorcer puis de canaliser les débats, rapidement la discussion s'engage différemment par des échanges de paroles violentes entre Monsieur SIMON, Monsieur BERNARD, tous deux pensionnaires et Monsieur RAYMOND (vie libre) Monsieur BERTRAND (le directeur vie libre), nous avions l'impression d'assister à une réunion contradictoire entre les deux parties, chacun détenteur de la vérité et voulant convaincre l'autre à sa cause.

Monsieur RAYMOND : Ce que je vous fait comprendre, c'est que nous les alcooliques, sommes mal vus avant, pendant et après la cure. Avant, on nous enfonce, pendant, on nous affirme tu reboiras, après lorsque nous sommes guéris les gens sont jaloux de nous.

Monsieur BERNARD, le pensionnaire réplique violemment : si je ne bois pas ma bière le matin, je ne pourrais pas travailler, puis se tournant vers le directeur et le médecin, - Monsieur le Directeur et vous Docteur, vous buvez bien quelque chose ! d'ailleurs le Docteur y s'en met plein la gueule et du bon vin !

Protestation du directeur, qui réaffirme avec foi son intégrité et son abstinence.

* Tous les noms qui se succèdent sont fictifs, ce qui permet de conserver l'anonymat de chacun.

Quelques instants de silence viennent ponctuer la première partie puis Mme P. assistante sociale, s'adresse aux pensionnaires pour leur expliquer les motifs de sa venue. Cette introduction va déclencher une agression verbale intense de Monsieur SIMON à l'égard de notre invitée.

Se levant, Monsieur SIMON parle à son habitude à voix haute et debout : - "Moi, ma femme, c'était une putain, oui, une putain de femme, elle faisait le trottoir. Moi, mes gosses, je m'en occupe, je suis allé trouver le juge des enfants" - puis se tournant vers l'assistante sociale : - "les assistantes sociales, c'est de la merde, elles ne foutent rien, l'aide ménagère qui est venue à la maison, elle lisait le journal, quand je rentrais le soir, c'était le bordel, rien de propre, rien de rangé, c'est pas du boulot ça !."-

Puis Monsieur SIMON s'assit relativement épuisé par son échappée verbale. On peut lire une profonde tristesse sur son visage.

Madame P. lui réplique sur un ton assez agressif : - "vous auriez voulu que l'assistante sociale prenne la place de votre femme, ce n'est pas son rôle." -

Le Médecin : Monsieur SIMON exprime sa souffrance, votre présence peut lui rappeler quelque chose de désagréable et qui lui est personnel.

Quelques instants après cette violente altercation, Monsieur CYRILLE (sujet très sensible) se lève brutalement et traverse à pas rapides la salle et va serrer la main au médecin. Il veut aller se coucher. Monsieur CYRILLE est donc un pensionnaire très suggestif même peureux qui a bien perçu la dangerosité de l'ambiance et veut l'éviter en regagnant sa chambre.

Monsieur BERNARD reprend la parole avec violence : - "Moi, j'ai un copain, sa femme venait le surveiller ur le chantier, alors il buvait en cachette" - puis, reprenant le thème de Monsieur SIMON : " Ah ! oui, vous trouvez que c'est drôle de trouver un homme dans son lit avec sa femme. Moi les femmes c'est fini, j'en ai marre, je préfère la bouteille. Que voulez-vous quand je pense à ma femme ou à ma mère je bois "-.
(Monsieur Bernard était jeune marié, sa femme de I7 ans le trompait, il s'était mis à boire et à l'occasion d'une tentative de suicide, il avait été hospitalisé et là avait appris le décès de sa mère)

Cette réunion se termine dans la confusion, on peut percevoir une certaine anxiété dans la salle.

Après la réunion, l'assistante sociale fait part de ses impressions et dit ne pas avoir été trop offusquée par l'agression en règle dont elle avait été l'objet. Le directeur déplore quant à lui que l'on n'ait pas parlé du film et en veut beaucoup à Monsieur BERNARD qu'il accuse de sabotage. C'est alors que Monsieur RAYMOND à mon adresse lance : " Ah oui, Docteur, j'ai lu dans un livre l'autre jour que nous autres alcooliques, nous étions des homosexuels, qu'en pensez-vous ? ".

Quelques commentaires :

On distingue très nettement 2 temps dans cette réunion :

- Le premier est fait de bavardages habituels sur la boisson, deux thèses s'opposent, celle du mouvement des anciens buveurs qui prônent l'abstinence comme seul moyen de guérison et celle des pensionnaires qui parlent au contraire de la possibilité de boire un peu car cela peut apporter force et vie.

A noter que l'alcoolique ne peut aborder l'autre, le médecin, qu'en évaluant son comportement vis à vis de l'alcool. Il semble leur dire : "Dites moi ce que vous buvez et je vous dirais qui vous êtes". Puis le refrain persécutif de Monsieur RAYMOND : "Quoi que vous fassiez, vous serez mal vus", témoin d'un masochisme évident.

- Le deuxième, remarquable par la violence et l'intransigeance ne nous surprend pas. La seule présence d'une image féminine représentée par Madame P. à travers son personnage d'assistante sociale, réactive un certain nombre de craintes fantasmatiques archaïques (la femme est pour l'alcoolique souvent un personnage tutellaire et tout puissant, celle qui épie, surveille son mari sur le chantier. C'est aussi une femme volage et qui renvoit au choix de l'objet conjugal chez l'alcoolique). La remarque finale de Monsieur RAYMOND quant à son homosexualité n'est pas sans surprendre dans la mesure ou elle renvoit non tant à la composition du groupe qu'à "l'homosexualité spéculaire" de l'alcoolique sur laquelle de nombreux auteurs ont largement insisté.

COMPTE RENDU N° 2 -

Présence massive des pensionnaires.
Monsieur R., le Directeur est assisté de deux autres membres du mouvement, M. RAYMOND et M. LUCIEN, secrétaire local du mouvement, voyageur de commerce.

Dans l'ensemble, il se différencie des autres buveurs par son parler, son contact, son costume. Quelques pensionnaires ne vont pas le reconnaître comme l'un des leurs, certains allèrent jusqu'à le nommer Toubib !

La réunion débute comme à l'habitude par de violentes protestations de M. BERNARD, monopolisant la parole sur un mode provocateur, notamment à l'égard du directeur : " Je veux avoir la possibilité de boire quand ça me plaît un verre de vin blanc en me levant le matin."

Réflexion qui lui attire une violente remarque du Directeur vers qui il se retourne pour lui expliquer : "Et vous Monsieur BERTRAND, vous ne buvez jamais un verre, je voudrais vous y voir, je ne vous crois pas, d'abord ma place n'est pas ici. "

Puis le directeur s'adressant à certains pensionnaires qui ont dépassé depuis quelques mois leur temps de séjour au foyer (habituellement 6 mois) leur rappelle qu'ils devront bientôt partir. Quelques pensionnaires concernés lui demande sur un mode agressif : "Alors, vous allez nous foutre dehors". Puis l'un d'entre eux entame son discours habituel sur les jeunes pensionnaires qui d'après lui sont totalement responsables des difficultés actuelles et avec qui il préconise d'être dur comme lui a su l'être avec ses propres enfants.

Puis survient une discussion sur les problèmes d'organisation intérieure successivement la qualité de la nourriture, le ménage (qui doit le faire et quand), la propreté des locaux, le vol des souliers et du linge qui sont fréquents et donnent lieu à des situations comiques. Monsieur SIMON demande une sorte de pécule par un autre pensionnaire qui ne travaille pas comme les autres. Il lui sera répondu qu'il n'est plus à l'hôpital psychiatrique.

QUELQUES COMMENTAIRES :

Le déroulement de cette deuxième réunion se fait dans deux axes différents qui vont cependant s'interférer.

A - D'abord les relations entre certains pensionnaires et le directeur sont médiatisées par deux éléments au moins :

1) - Le comportement vis à vis de l'alcool. Monsieur BERTRAND revendique la possibilité de boire un peu car disait-il dans la précédente réunion, certains buvaient et on les laissait faire. Il fait allusion à l'attitude du directeur vis à vis de l'espéral qu'il donne obligatoirement au cours des 6 premiers mois au delà la prise est facultative, ce qui signifie en pratique pour beaucoup de pensionnaires avoir l'autorisation de boire.

2) - La durée du séjour dont on sent qu'elle se limite officiellement à 6 mois, or, certains pensionnaires restent au foyer depuis sa création, transgressant le réglement ainsi avec l'accord du directeur. En fait, il existe un certain flou concernant ces deux problèmes qui n'est en fait que l'incertitude des pensionnaires vis à vis d'un réglement, d'une loi peu précise en tout cas non expliquée.

B - Mais aussi les autres relations des pensionnaires entre eux apparaissant dans la discussion sur l'entretien, mais aussi le vol des objets personnels.

EN CONCLUSION semble se dessiner une faille entre deux groupes, la question posée est de savoir s'il y a deux réglements différents à l'intérieur du foyer, chacun demandant au directeur de préciser ces options, lui qui est le représentant de la loi.

COMPTE RENDU N° 3 :

Cette réunion sera particulièrement difficile, marquée par les interventions désordonnées et sauvages de deux anciens pensionnaires, Monsieur LUC et Monsieur CHARLES.

Monsieur LUC, d'emblée très agressif, présente une liste de revendications :

- nous voulons que le nouveau cuisinier reste car sa cuisine est meilleure (le nouveau cuisinier par interim est effectivement un ancien de Maxim' de Paris)

- puis parle de la malpropreté des lavabos et des WC, puis prenant une comparaison évocatrice, il lance : "D'abord, les WC ça doit être propre comme une cuisine". Puis il propose de punir ceux qui salissent, finalement cela revient toujours au même bouc émissaire "les jeunes qui salissent".

Le Médecin : "Il faut remarquer que ce sont toujours les deux anciens Monsieur LUC et Monsieur CHARLES qui s'autorisent à prendre la parole.

Un nouveau pensionnaire emboite le pas et lance : "Quand on veut parler, on nous dit de la fermer".

Pas de nouveaux échanges, sinon entre les 2 anciens qui continuent notamment Monsieur LUC : "On était 12 quand nous sommes rentrés à la compagnie des eaux, il n'en reste que 2, les autres ont rebu, ils n'avaient pas besoin de faire de connerie. Ce n'est plus la peine de parler du foyer au chef du personnel, il n'en veut plus".

Monsieur LEON, un nouveau pensionnaire, parle du foyer de Troyes où il vient de passer un mois : "Là-bas, le réglement est strict, il n'y a pas de différence entre nous, chacun est responsable d'une corvée à tour de rôle et tout le monde prend son espéral".

Intervention de Monsieur I. Psychologue (invité) : "Si on appliquait le réglement du foyer de Troyes ici, les anciens ne seraient plus là."

QUELQUES COMMENTAIRES :

Progressivement le groupe se scinde en deux. On peut distinguer entre autres les nouveaux qui prennent l'espéral des anciens (pour qui ce médicament est facultatif, laissé à leur libre choix et qui eux se sentent autorisés à reboire).

Mais aussi les jeunes, ceux qui sont sales, qui ne connaissent rien d'ici des anciens propres, bons travailleurs, qui ont fait leurs preuves.
Il est assez facile de comprendre que les plus anciens pensionnaires qui se sont faits une autre vie au foyer se sentent comme lésés par les nouveaux arrivants. Ils acceptent d'autant moins cette évolution qu'ils étaient bien installés dans leur fonction. Ce départ dont l'échéance se rapproche est bien vécue comme un abandon.

Par ailleurs, l'échange de paroles concernant la nourriture est significative au niveau des relations qui sont surtout alimentaires, voire digestives.

COMPTE RENDU N° 4 -

Cette réunion se déroule pendant les vacances du directeur, Mme T., la présidente est venue spécialement aujourd'hui. On nous apprend d'emblée que Monsieur BERNARD (le plus jeune pensionnaire) s'est fait mettre à la porte. Dans une pétition recueillie par certains pensionnaires et présentée au surveillant, il lui était notamment reproché, non pas tant de boire que de faire des gestes obscènes et surtout d'avoir mis le feu à son matelas. Cette exclusion se présente bien comme un réglement de compte, une victoire des anciens sur les nouveaux.

Par ailleurs, la présidente, Mme P. rapporte une rumeur inquiétante et qui fait état de la disparition et peut être même du décès d'un ancien pensionnaire du foyer "mort de froit dit-on". Un médecin de la région aurait décidé de porter plainte. Le décès de ce garçon se vérifia mais il s'agissait d'une mort naturelle, par ailleurs aucune plainte n'avait effectivement été déposée.

Le cours de la réunion est interrompu par l'entrée bruyante de 2 anciens, Monsieur SIMON et Monsieur LUC qui se posent d'emblée en maître et monopolisent les débats à leur seul profit.

Monsieur SIMON hurle : "Moi, je travaille" et faisait allusion à un autre pensionnaire SERGE, lui, ne fout rien, il faut le mettre à la porte. "

Monsieur LUC s'attaque au médecin qu'il nomme "le toubib" pense que le médecin ne peut pas le voir !

Monsieur GASTON qui a récupéré un travail agresse violemment le médecin qu'il accuse d'avoir un agent de renseignement au foyer (allusion faite à un pensionnaire du foyer suivi en psychothérapie individuelle par le même médecin dans un autre lieu).

Puis les accusations entre les pensionnaires fusent de toutes parts à Monsieur N., il lui sera reproché d'avoir déféqué dans le lavabo de ses voisins.

La réunion se termine par une invitation de Mme T. qui fait signer à chaque pensionnaire une carte postale destinée au directeur, une manière comme une autre de rappeler son absence.

QUELQUES COMMENTAIRES :

Cette réunion est marquée du signe de la dangerosité, on y perçoit une ambiance persécutive. En arrière fond, apparait le problème du départ des anciens. Monsieur SIMON s'attaque aux jeunes, il se sent d'autant plus apte à le faire que sous la pression des anciens, Monsieur BERNARD a été exclu, en quelque sorte sacrifié.

L'éventualité d'un départ est donc vécue comme quelque chose d'éminament dangereux (on peut en mourir comme ce pensionnaire qui a été retrouvé mort après sa sortie). Le médecin, élément étranger, est vécu comme celui qui orchestre le départ, sur sa personne vont se projeter différents affects, de telle façon qu'il apparaît comme un persécuteur (vous ne pouvez pas me voir) bien organisé (puisqu'il disposerait d'agents de renseignements). Les nouveaux arrivants répliquent à leur façon, la plupart se taisent, Monsieur N. a choisi une voie archaïque anale, un cadeau comme un autre qui veut bien dire ce qu'il veut dire.

COMPTE RENDU N° 5 :

Réunion marquée par l'absence du directeur qui n'est pas encore rentré de vacances, Monsieur G., le surveillant, sera présent, un peu paniqué.

Participe pour la première fois, Madame L. ancienne surveillante d'un service de médecine parisien, conseiller municipal d'Essonnes, chargée de l'aide sociale.

Cette réunion commence dans la peur après le départ de la gendarmerie qui venait enquêter au sujet d'un vol de chèques dont serait responsable Monsieur D., un pensionnaire. Celui-ci a pris la fuite. Puis est exposé rapidement le cas de Monsieur B., qui hier soir, ivre dangereux, a été maîtrisé par le surveillant pour l'hospitaliser. Il continuerait à errer autour du foyer, couchant dehors, il aurait été rejoint par Monsieur D., le voleur de chéquier, tous deux menaceraient de mettre le feu au foyer.

Devant cette situation de crise, le nouveau surveillant propose un subterfuge dérisoire, véritable construction fantasmatique qui aurait pour but de dépister ceux des pensionnaires qui cachent des bidons d'essence dans leur placard. Pour cela, il me propose de faire venir son beau père qu'il présenterait en l'occurence comme un inspecteur de la Préfecture, arrivant par hasard pour y faire une inspection fine et dans les règles.

QUELQUES COMMENTAIRES :

La période dont la réunion rend compte est remarquable par la multiplicité des passages à l'acte, comportement délictueux, tous dirigés contre le foyer ou son représentant (le surveillant). Cette agression prend une tournure dramatique puisque certains pensionnaires voulaient se transformer en pyromanes par rancune d'avoir été hospitalisé. Même absents, ils manifestent avec véhémence allant jusqu'à camper autour de la propriété, gardant d'ailleurs

des contacts avec les pensionnaires de l'intérieur qui se chargent de leur apporter ravitaillement et informations.

On peut comprendre l'acharnement du surveillant à vouloir détecter les bidons d'essence maintenus dans les placards comme un acte destiné à prévenir un éventuel passage à l'acte incontrôlé d'un pensionnaire devenu fou et gagné à la cause des anciens.

Mais le plan qu'il propose ne prend sens que si l'on se réfère à l'absence du directeur. Faire venir la loi ou son représentant de l'extérieur est lié au fait qu'il ne s'autorise pas ou ne peut pas la faire régner. Le personnage imaginaire de l'inspecteur peut être identifié à celui du directeur absent. Il renvoit également à la position filiale du nouveau surveillant vis à vis du directeur, ce qui se confirmera ultérieurement.

COMPTE RENDU N° 6 -

Cette réunion est charnière dans la mesure ou elle vient ponctuer la fin d'une époque et amorcer une autre étape. Le film prévu a été annulé ; la discussion aura lieu dans la salle de télévision, ce qui est exceptionnel. J'ai l'impression en arrivant que l'atmospère est extrêmement tendue, le regroupement s'est fait spontanément, on peut percevoir un profond trouble dans les esprits. Monsieur I., un ancien, interpelle ces camarades sur un mode provoquant faisant état d'une rumeur : "Alors, il paraît que 12 pensionnaires vont partir le Ier septembre, on nous fout à la porte, Eh bien si on nous chasse, nous camperons sur la colline", puis, faisant allusion à un petit chien abandonné recueilli par Monsieur ERNEST : " Le petit chien d'Ernest, celui qui y touche, moi je lui fout un coup de fusil".

Au cours de la réunion, Monsieur SIMON va prendre la parole, il semble que son intervention prête à rire, mais elle est préparée depuis 2 jours : "Voilà, je vais vous expliquer quelque chose, je viens de toucher un héritage, je vais devenir le P.D.G. d'une usine de machine à laver, je propose de nommer Monsieur BERTRAND, le directeur du foyer, au poste de directeur de mon usine, les surveillants seront les contremaîtres, vous docteur, vous serez le médecin de l'usine, je logerai tous les copains dans une ferme à côté, et bien sûr, ils seront engagés dans mon usine".

Cette proposition est accueillie par les pensionnaires avec septicisme, beaucoup pensent que leur camarade est devenu fou, mais chacun se nourrit bon gré mel gré de cette illusion délirante. Il sera même proposé à Monsieur SIMON de devenir le rèprésentant des autres pensionnaires.

QUELQUES COMMENTAIRES :

On sent poindre l'échéance du départ, chaque pensionnaire s'évertue à imaginer une solution qui lui permette d'éviter cette dure réalité. Monsieur LUC fantasme : "nous ne nous quitterons pas, s'il le faut nous nous retrouverons sur la colline".

Monsieur SIMON, lui, délire, car sa proposition est totalement imaginaire, fait curieux sa proposition délirante est très bien acceptée, même par le directeur qui en plaisante, pour les autres Monsieur SIMON n'est pas fou, il dit une autre vérité, on peut craindre que Monsieur SIMON soit devenu ce que Woodbury appelle le dictateur fou, celui qui va faire partager sa réserve, sa conception folle de l'événement, d'autant que ses camarades veulent le nommer délégué.

Monsieur SIMON recherche dans son délire, dans son rêve ce que la réalité lui refuse. Il pa rle tout haut ce que d'autres pensent tout bas. Il y a lieu d'étudier cette construction délirante comme celle d'un rêve.

Les relations profondes entre le rêve et la psychose montrent une certaine parentée, une certaine analogie dont parle Freud dans la Traumdentung quand il cite Kant : "Le fou est un dormeur éveillé" ou Schopenhauer : "Le rêve est une courte folie et la folie un long rêve", Hagen : "Le délire est un rêve amené non par le sommeil mais par la maladie".

Je me sens d'autant autorisé à établir ce rapprochement que nous sommes en présence d'alcooliques. L'alcoolique est connu comme l'homme d'un discours vide, celui qui ne parle pas puisqu'il boit, celui dont l'activité mentale privilégiée est le rêve mais c'est aussi celui dont Lassègue disait que son délire n'est pas un délire mais un rêve. Du délire aigu (délirium tremens) au délire subaigu ou chronique, tout s'organise sur le mode d'une activité onirique, tantôt confuse, tantôt systématisée. Les thèmes essentiels étant bien entendu celui du travail deuxième caractéristique fondamentale permettant de les repérer, à tel point qu'un psychiatre classique comme le Dr Levy Valensi avait cru bon dans son precis de 1926 nommer les délires alcooliques chroniques : délires professionnels.

Nous retrouvons cet élément important de la construction délirante de notre malade qui devient P.D.G. d'une usine transformant ainsi ses camarades en autant de travailleurs. Ce délire est central dans la mesure où il ramasse en lui-même toute la problématique des autres pensionnaires pour l'exprimer sur un mode pathologique. Cette conviction qui l'anime est plus ou moins plausible et contamine ses proches, même le directeur, qui se laisse persuader quelque temps jusqu'à ce que le malade voyant son projet ne pas se réaliser, l'agresse physiquement. Cette conviction est d'autant plus communicatrice qu'elle se développe en secteur épargnant les autres activités intellectuelles de base qui apparaissent normales.

En fait, ce délire que l'on peut qualifier de paranoïaque

est bien le projet d'un idéaliste passionné qui n'est pas sans rappeler le plan de ce singulier personnage du roman d'Adolf Boy Casares " Plan d'évasion" ou le gouverneur des iles du salut, humaniste fou, confronté lui aussi à la dure réalité de l'emprisonnement des autres, au lieu de reformer le bagne entreprend de donner à chacun de ces forçats l'hallucination qu'il est libre en prison sur cette île déserte. Faute de pouvoir libérer ses prisonniers, il leur propose un plan d'évasion délirant qui consiste à transformer leur perception du monde en transformant leurs systèmes perceptifs sensoriels et sensitifs, Castel le gouverneur des iles devient fou car il ne croyait qu'à la réforme de l'individu, il n'envisageait de se détourner de la réalité qu'à condition de modifier la perception que ses détenus en avaient.

Monsieur SIMON notre malade devient un dictateur fou car il ne peut accepter l'épreuve de la réalité du départ, il tente vainement de surseoir à l'échéance, il propose lui aussi son plan d'évasion qui n'est en fait qu'une dérobade, une esquive puisqu'il ne peut donner à ses camarades l'illusion délirante que cela va continuer là bas dans un ailleurs mythique dans le cadre de son usine tirée du profond de son imaginaire.

En fait, le gouverneur des iles et Monsieur SIMON vont échouér dans leur projet de se détourner de la réalité car ils ne visent que sur la transformation de l'individu, ils échouent là précisément où nous autres thérapeutes réussiront quand nous reformerons les structures du foyer en y instaurant une loi.

Revenons au contenu du délire et à notre hypothèse qui nous autorise à l'identifier à la construction d'un rêve.

Si ce délire est un rêve amené par la maladie, ce rêve bien qu'il soit avant tout l'expression de la problématique de Monsieur SIMON, est aussi le rêve du groupe comme en témoigne la complicité entretenue des autres.

Ces rêves de groupe ont été particulièrement étudiés par Pontalis dans des conditions expérimentales des séminaires de sensibilisation aux groupes. Ce psychanalyste estime que les rêves se présentent syntones au moi du groupe, ils correspondent à une interprétation que le groupe fait de sa situation, véritable bulletin parlé rendant compte de sa composition de l'évolution du groupe à un instant donné. Ce rêve fonctionne donc comme un cliché photographique mais la photo qui nous sera proposée sera falsifiée par l'objectif du photographe fou.

La deuxième caractéristique frappante de ces rêves de groupes selon Pontalis est la facilité apparente d'accès à leur sens. La différence, le hiatus entre le contenu latent et manifeste s'efface, nous sommes tentés d'y lire à livre ouvert. Dans notre rêve, il est aisé, derrière les murs de l'usine et le personnel de l'usine, de reconnaître les murs et le personnel du foyer.

Ce déplacement peut fort bien se comprendre dans la mesure ou au foyer la réadaptation des malades se fait par le travail et qu'à certains égards il est possible d'identifier ce foyer de réadap-

tation à une petite usine où on y ferait des soins. Reste une question posée par le rêve, pourquoi une usine de machines à laver et pourquoi pas autre chose !, ce qui pourrait n'être qu'un détail du rêve est en fait un élément central du message du rêve ? Je propose donc une interprétation du rêve qui se réfère à ce que j'ai entendu de ce qui se disait là ou ici de la bouche des pensionnaires.

Tout d'abord, j'ai toujours été frappé par le rôle que tenait le linge, les habits dans les inter relations entre les pensionnaires. L'on veu pour preuve un entretien avec un malade mais aussi une constatation institutionnelle.

L'entretien avec MONSIEUR J. - malade de 34 ans.

Ce garçon célibataire qui a quitté Maison Blanche il y a I an souffre d'un gros conflit avec son père qui représente pour lui une image faible et insécurisante.

Ce père est alors comptable à l'armée du salut et mène une vie marginale toute sa vie, il s'est peu intéressé à ses enfants et il a été déchu de ses droits paternels.

L'entretien relate une visite qu'il fit à son père à Paris et qui le déprime anormalement sans qu'il sache pourquoi. Le malade explique : "Je me suis rendu auprès de mon père, j'entre dans sa chambre, il me dit : Tiens bonjour te voilà, justement il faut que je fasse ma lessive". Cette parole anodine fache "à mort" notre malade qui réplique violemment à son père : "Eh bien si tu m'accueilles comme cela, moi je m'en vais ! ", ce qu'il fit et partit en claquant la porte pour rentrer immédiatement au foyer.

Le comportement bizarre de notre malade est bien le fait d'un malentendu au sens propre du terme. Son père lui avait dit je vais faire la lessive et lui avait entendu plutôt son inconscient, mon père veut que nous lavions notre linge sale en famille. Il en déduit logiquement, il vaut mieux que je parte tout de suite pour éviter une dispute.

La deuxième situation qui me confirma dans l'importance "du linge" est une constatation institutionnelle.

Récemment mon attention fut attirée par une affiche plaquée sur le tableau et qui représentait un billet de IOO F. pendu comme un linge après un fil auquel il était rattaché par 2 pinces. Le commentaire de cette photographie humoristique disait :"le linge est aussi précieux que l'argent, prends en soin". La question qui me vient à l'esprit concernant bien sur les motifs du pensionnaire qui avait affiché un tel découpage, j'appris que cette image voulait illustrer les vols d'habits et de linge qui étaient commis au foyer. Les pantalons, sous vêtements y étaient souvent dérobés à tel point qu'un malheureux à qui on avait volé un pantalon ne put se rendre à son travail car il se trouvait sans culotte. Ces vols étaient bien sûr source de conflits en puissance, mais aussi des moyens d'échange. Si le linge est aussi précieux que l'argent, voler le premier veut dire dérober la monnaie.

Que retenir de cette diversion sinon que le linge ou ce qu'il représente peut être vécu à 2 niveaux :

- L'un symbolique : là le linge est un objet de transaction comme l'argent,

- L'autre imaginaire, qui se réfère à un autre sens de l'expression populaire "laver son linge sale en famille". C'est-à-dire résoudre ses conflits entre soi sans les porter à l'extérieur.

A la lueur de ces remarques, on peut remarquer que la mise en scène d'une usine de machines à laver n'est pas indifférente.

En effet, l'usine, lieu de réconciliation, sera dans l'esprit de Monsieur SIMON, une usine où l'on fabrique des instruments propres à laver le linge sale en famille.
Le message de ce rêve est bien sûr l'expression d'un désir, il peut se formuler de cette façon :

Plutôt que de nous battre entre nous, anciens et nouveaux, je vous propose de venir vous réconcilier, une fois pour toute, lavons notre linge sale en famille et puis n'en parlons plus.
C'est une affaire entre nous, il y a lieu de s'entendre.

oooooooo

II - LES REUNIONS EXTERIEURES -

Ces réunions, tenues avec régularité au cours de l'année 1972/73, viennent en prolongement et en complément des groupes intérieurs de l'année précédente. Elles ont servi de support à la rencontre des pensionnaires et des représentants de la population locale témoignant d'un désir d'ouverture sur la communauté.

Chaque mois, les pensionnaires et le Directeur invitaient à ces conférences-débats, des personnes intéressées ou concernées par l'alcoolisme, afin de discuter sur certains thèmes précis.

Participèrent, activement, à ces réunions de groupe :

- les représentants du personnel médico-social local :
  - assistantes sociales de, la caisse d'allocations familiales, certaines entreprises comme la S.N.C.F, l'aide social à l'enfance,
  - des éducateurs.
- les représentants du personnel médical, para-médical et hospitalier :
  - les internes, infirmières, pharmaciennes de l'hôpital de Chateau-Thierry, rarement ceux de l'hôpital psychiatrique,
  - des infirmiers d'une clinique psychiatrique locale,
  - l'ancien médecin-directeur du sanatorium de Villiers-sur-Marne.
- des représentants du monde du travail, de la municipalité :
  - les employeurs des pensionnaires,
  - le Directeur de l'Agence Nationale de l'Emploi,
  - des Conseillers municipaux.
- des représentants de la Justice et de la Gendarmerie,
- quelques journalistes de quotidiens locaux.

Ce dispositif nous mène aux limites de la psychiatrie,voire de la spécificité médicale. En pratiquant, ainsi, nous avions conscience de dépasser le cadre traditionnel de l'acte médical souvent réduit au colloque singulier, sans pour autant verser dans ce que le Professeur Bourguignon dénonce comme une "psychiatrie messianique".

Nous nous sommes toujours tenus à l'écart d'une quelconque activité militante, laissant ce rôle aux mouvements d'anciens buveurs. D'ailleurs, nos réunions étaient organisées, non par le mouvement, mais par le Directeur du Foyer, dans le cadre des activités thérapeutiques et réadaptatives. La seule assemblée d'information organisée par le mouvement Vie Libre eut lieu à Chateau-Thierry et non au Foyer et sans la présence du Médecin.

Ces réunions avaient, donc, bien vocation thérapeutique et prenaient place dans un plus vaste dispositif de resocialisation. Pour ce faire, il était nécessaire de faire appel aux groupes participant à celles-ci (employeurs, travailleurs sociaux), ainsi qu'à celui dans lequel ils devaient se réintégrer.

Cette formule de réunions extérieures peut être comparée à certains égards à celle des clubs thérapeutiques extra-hospitalier.

Nous allons, maintenant, retranscrire, intégralement, des extraits de notre bulletin d'information annuel, dans lequel quatre de ces réunions ont été rapportées : - Successivement :

- les causes et conséquences de l'alcoolisme sous forme d'exposés didactiques suivis d'un court débat,
- le traitement de la maladie alcoolique,
- le malade alcoolique et sa famille,
- alcoolisme et travail, réunion sur la réadaptation qui fut, sans doute, la plus importante et dont nous avons reproduit la totalité des débats.

.../...

CAUSES & CONSEQUENCES

DE L'ALCOOLISME

Au cours de cette première réunion d'informations, nous avons tenté de cerner le concept de la maladie alcoolique. Deux exposés ont précédé les débats :

- L'alcoolisme, envisagé comme la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool utilisé comme drogue.

Est-ce une maladie ? Autrefois, on avait, à son sujet, une conception moralisatrice et celui qui buvait était considéré comme vicieux, taré ou dégénéré.

Maintenant, nous parlons de maladie médico-sociale. Cela revient à envisager les causes de l'alcoolisme qui sont triples; culturelles, médicales et toxiques.

Envisageons successivement ces trois points.

La toxicité de l'alcool peut être variée. On parle d'alcoolisme déclaré ou potentiel dès que la consommation dépasse trois-quarts de litre de vin par jour et surtout dès qu'il y a dépendance.

Quoiqu'il en soit, il existe des inégalités foncières de l'homme devant l'alcool, d'où l'importance des facteurs socio-culturels.

Facteurs socio-culturels : tout ce qui exerce une pression sur l'individu en ce qui concerne sa consommation d'alcool, tels que la famille, l'entourage, la profession ; les traditions, la religiion, etc.... Entrent en ligne de compte : l'éducation, le système économique, politique.

A partir de quelques exemples, nous pourrons cerner le problème. Les Musulmans, du fait de leur religion, sont abstinents. Cependant, ils perdent vite cette habitude au contact de notre civilisation. En effet, les Français sont nés dans les vignes, dans un pays vinicole où la tradition considère le vin comme un don de Dieu. Il est vrai que chez nous, le vin fait partie de l'alimentation quotidienne, surtout quand, malheureusement il n'y a rien d'autre sur la table. Notons aussi que chaque réception est abondamment arrosée. Qu'il s'agisse d'une fête familiale ou de transaction financière qui ne s'effectue qu'au moment où le niveau d'alcoolisme des participants est le plus conséquent.

Ces préjugés sont soutenus et développés par une propagande économique abjecte. De gros intérêts sont mis en jeu. La publicité pour les différents alcools est largement supérieure à la propagande antialcoolique.

Par ailleurs, l'alcoolisation est d'autant plus élevée que le niveau socio-professionnel des individus est plus faible.

Où existe l'aspect médical ? Dans une personnalité par-ticulière à l'alcoolique. Nous laissons de côté, tous les alcooliques à évidence secondaire ou réactionnelle à des difficultés substanciel-les et passagères. Alors, nous pourrons isoler une structure parti-culière à l'éthylique d'habitude qui se définit par rapport à son comportement à l'alcool.

M. R... " MOUVEMENT VIE LIBRE "

Insiste notamment sur cette dépendance vis-à-vis d'une boisson préfé-rée. Notre corps a besoin d'alcool, voilà le signe que la guérison passera par l'abstinence. Mais cette guérison ne sera totale qu'au moment où l'idée obsédante de base disparaitra.

Les conséquences de l'alcoolisme sur l'organisme, sur la vie familiale, professionnelle ou sociale, concluront cet exposé.

LES DEBATS

Le Docteur B... ancien directeur du Centre de Villiers-sur-Marne nous fit part de sa longue et riche expérience de pneumologue. Il a notamment insisté sur la fréquence et la gravité de l'alcoolis-me chez les tuberculeux et surtout en sanatorium.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

T R A I T E M E N T D E L ' ALCOOLISME

Pour illustrer cette seconde soirée consacrée au trai-tement de la maladie alcoolique, nous avons retenu l'article de M. L.. Journaliste à l'Union qui nous a fait l'honneur de sa présence.

" Allez boire un petit coup de "champ", ça ne peut pas faire de mal"

L'alcoolique en voie de guérison, convive d'un banquet professionnel, ou d'un repas de fête, en famille, n'en peut plus de s'entendre répé-ter, depuis deux heures cette invitation tentatrice. On a commencé par vouloir lui faire prendre un apéritif, puis un verre de vin, ou au moins une goutte, pour rougir son eau. Et on enarrive au dessert avec l'argument classique : "Le champagne, ça n'a jamais fait de mal à personne!"

C'est vrai que la consommation, en quantité raisonnable, de boissons contenant de l'alcool n'est pas nuisible, et qu'en période de fête notamment, il est agréable, sans être dangereux, de s'adonner à la dégustation de quelque fin nectar.

Mais ce qui ne saurait être néfaste pour la plupart d'entre nous, qui peuvent modérer leurs envies, sera lourd de consé-quence pour le malade alcoolique et compromettra gravement ses chan-ces de guérisons.

Il va suffire d'une gorgée- ne serait-ce que de bière - pour anéantir les efforts de plusieurs mois, voire de plusieurs années, et replon--ger l'ancien buveur dans la pitoyable condition d'où il est parvenu, à grand peine, à se tirer avec l'espoir de reprendre enfin dignement une place dans la société qui l'a méprisé, ou s'est amusée de sa détresse.

Ce préambule nous a été inspiré par une réunion à la--quelle nous avons assisté mercredi soir, à EQSOMES, et qui donnait aux quelques trente-trois pensionnaires du Foyer de l'Espérance, l'occasion de discuter de leur situation avec un médecin spécialisé. Avec M. R..., militant à " Vie Libre," Mme P.. de la Caisse d'Alloca--tion familiales, M. B..., Directeur du Foyer ; quelques internes et infirmières de l'hôpital de Chateau Thierry et quelques personnes in--téressées par ce problème social, notamment M. R.., ancien Juge de Paix.

L'exposé pathétique fut fait par M. R.. qui annonça avec fierté qu'il fêtait ce jour-là le vingtième anniversaire de sa propre guérison, et qui fut écouté avec beaucoup d'attention par ceux qui, comme lui, ont connu, plus récemment, la déchéance par l'alcool, et entament seulement la troisième phase du traitement salvateur ; la post-cure, l'épreuve la plus difficile, dont un malade ne peut sortir que s'il est encouragé et assisté.

Pour un buveur en voie de guérison, l'abstinence, est devenue une nécessité biologique. Son organisme ne peut absolument plus tolérer la moindre quantité d'alcool, sous peine de rechute. Pour lui l'alcool est un poison, comme l'est le sucre pour les diabétiques.

C'est là qu'est l'épreuve, compliquée encore par le retour à la vie en société, où le comportement de ce convalescent va paraître anormal à tous, dès lors qu'il refusera - et combien de fois dans une journée, n'aura-t-il pasà le faire, sur le chantier, après le travail, à l'occasion d'un départ en retraite d'un camarade, d'une partie de boules, d'un mariage, d'une sortie quelconque, à la pèche, en vacances - des trinquer autrement qu'avec un verre d'eau ou de jus de fruit.

A moins qu'intervienne la guérison, c'est-à-dire pour un ancien buveur, le moment où il peut se dire :

" Enfin, ça y est ; je n'y pense plus du tout ; c'est fini ! "

C'est ce que M. R.. dit ressentir, depuis longtemps déjà et qui lui permet de s'estimer guéri :

" De consommer de l'eau et des jus de fruits, dit-il, n'est pas une punition, et, en tout cas, ne nous met pas dans un état d'humiliation ou d'infériorité. L'abstinence devient légitime objet de fierté. Elle est le témoignage de notre libération. "

Plusieurs des pensionnaires du foyer, qui abordent cette pente difficile sur laquelle M. R.. a tracé un chemin exemplaire, se sont exprimés ensuite en toute simplicité, exposant des cas personnels, posant des questions, faisant aussi la triste constatation que la so--ciété n'est guère compréhensive envers certains de ces hommes géné--ralement de condition modeste, qui opèrent un redressement doulou--reux, avec une volonté digne d'un grand intérêt, mais qui ne trouvent, le plus souvent que mépris.

" Il faut trop lutter, On est condamné d'avance ; onne voit pas autour de nous qu'on a tenté quelques chose courageusement, et la première manifestation d'hostilité, c'est des employeurs qu'elle nous vient, lorsqu'ils se renseignent auprès de notre dernier patron et qu'ils apprennent qu'on était des alcooliques".

Les employeurs, c'est donc eux que les militants de Vie Libre, eux-mêmes buveurs guéris, et les personnes qui les aident, vont s'efforcer d'intéresser à la situation dramatique de leurs pro--tégés. Ils seront invités à une prochaine réunion. Mais l'on sait dé--jà ce qu'ils diront. S'ils se dérangent.

Pourtant, il faut essayer. Il y a réellement, parmi les malades alcooliques, des gens qui ont une chance d'en sortir. A peu près IO % parait-il. C'est appréciable.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

LE MALADE ALCOOLIQUE

ET SA FAMILLE

Cette troisième soirée, avait pour objet, un thème assez large de discussion. Pourtant, à aucun moment, nous n'avons pu aborder le problème de la femme de l'alcoolique, ni de la vie conjugale.

Le débat s'est quasiment limité à un monologue où la place de l'enfant était privilégiée. Considéré comme le porte-parole de la misère de ses parents, comme le porte-parole de la misère de ses parents, comme témoin muet mais attentif de la destruction pro--gressive de la cellule familiale, enfant martyr, enfant sauveur. IL a été celui qui nous hissait au coeur des problèmes, c'est-à-dire, c ceux de ses parents.

En parlant de nos enfants, nous parlions de nous-mêmes. Le sujet était délicat, voire tabou. Le silence pesant et permanent des pensionnaires était là pour nous rappeler la gravité du sujet.

Mme T... Présidente de l'Association du Foyer , du fait de son expérience d'enseignante, était certainement la personne la plus apte à nous guider tout au long de cette soirée. Son intervention sera fidèlement reproduite.

L' ENFANT ET L' ALCOOL -

Je ne suis pas ici pour vous faire un discours mais pour vous apporter un témoignage. J'ai passé trente ans au service de l'enfance, comme institutrice puis comme professeur au C.E.S. de Charly. Pendant cinq années, j'ai fait de ce métier, un dur apprentissage. L'une de mes premières suppléances d'octobre, eut lieu dans un petit village des Côtes-du-Rhône.

A l'entrée de ce village, se trouvait un alambic - tous les privilèges ne sont pas abolis depuis la Nuit du Quatre Aout, et celui des bouillaurs de cru est l'un des plus tenace.

J'ai assisté là-bas, à une distribution généreuse de rasades d'eau-de-vie faites avec un car de soldat, aux enfants, dont certains avaient à peine dix-ans.

" Montre que tu est un homme ! "

Tout se passait dans une ambiance de vacarme nocturne, de ba--taille d'un soir où ; l'alcool-roi, fait réveiller les vieilles haines ....

Pendant la guerre, on me confie, dans une ville indus--trielle de la banlieue de Lyon, la direction d'une école maternelle.

Je vois arriver Paul, un gars de trois ans : "Il est amusant, vous verrez, c'est un vrai guignol", me dit la femme de service. En effet, il tourne, il crache sur ses camarades et fait le pitre. Ses yeux sont troubles et son haleine inquiétante. Il s'a--vère que la mère se prostitue, que l'enfant vit souvent avec sa grand--mère, une marchande de poissons, ivrognesse qui, en guise de petit déjeuner, lui faisait boire, chaque matin, un verre d'alcool. Pour le sauver, j'ai fait enlever l'enfant à sa mère. Ai-je eu raison ?

L'ensemble des participants semble d'accord.

M. L... Un pensionnaire : - l'enfant a-t-il été enlevé à sa mère parce que c'était une prostituée ?

Mme T... : - Bien sûr que non. Il est des prostituées qui sont d'ex--cellentes mère. C'est un grave problème. Les Assistantes Sociales pourraient donner leur avis.

Pourquoi faire boire de l'alcool aux enfants ? Le plus souvent par ignorance car on dit : " l'eau de vie, dans le biberon, tue les vers . "

Mme T... Ou bien, on entend dire : - le vin, l'alcool " ça ne peut pas faire de mal " - " ils donnent des forces " . C'était les affir--mations d'une voisine qui en donnait à ses enfants.

Docteur B... : - Je veux relater une visite à des amis qui donnaient du vin à leurs enfants.

CONSEQUENCE DE L'ALCOOLISME DES PARENTS

J'ai pu ensuite, continue Mme T... observer les méfaits de l'alcoolisme dans le Cantal où il y avait de nombreux banquets et retours de foires. "Ah ! ils sont amoureux, ces soirs là. " Une femme me confiait : " ça fait des gosses malingres qui n'ont pas bonne tête."

En effet, et tous les enseignants partagent mon avis, si les premiers enfants d'un alcoolique peuvent être d'une intelligen--ce normale, on constate que les derniers sont bien au dessous de la moyenne.

Puis Mme T.. insista sur l'influence du milieu, notam--ment de l'autorité bafouée du père de famille, la promiscuité, le taudis. Puis elle nous lut un passage de son livre, description d'un taudis de la région de Charly.

SOUFFRANCES MORALES ET PHYSIQUES DE L'ENFANT

L'enfant témoin de la colère de l'ivrogne, qui voit mamtraiter sa mère ou qui est battu, cet enfant maltraité - dont je pourrais citer maints exemples - ne dénonce jamais ses parents. Il cherche toujours à donner une autre explication à ses malheurs. Par exemple : - j'ai "débaroulé " les escaliers de la cave. "

D I S C U S S I O N

Le silence attentif, tendu mais non indifférent de nos pensionnaires, prouve qu'ils ont été touchés au plus profond d'eux-mêmes. C'est ce qui transforma ce débat en monologue.

L'enfant protège donc ses parents par son silence. Il ne les condamne pas non plus, même lorsqu'il subit des sévices et continuera à se faire aimer de ses " mauvais " parents auxquels il tient plus qu'à tout.

Cette remarque permet de poser le problème du retrait des enfants. La séparation est souvent dramatique.

Le mutisme de nos pensionnaires, dont il est déjà par-lé, n'était pas sans rappeler le silence de l'enfant battu.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

Les débats de la quatrième réunion que nous avons retenue, ont portés sur :

- les problèmes du Foyer,
- le malade alcoolique dans l'entreprise,
- alcoolisme et travail,

vus par un médecin psychiatre.

On dit, couramment : "l'alcoolique, c'est quelqu'un qui se tue par l'alcool", ou encore, "l'alcoolique, c'est quelqu'un qui se tue au travail. "Ces deux affirmations forment une contradiction car on utilise le travail comme moyen de rééducation.

- "MOUVEMENT VIE LIBRE" - M. R. : "L'ALCOOLIQUE DANS UNE ENTREPRISE".

La maladie alcoolique doit être particulièrement combattue dans l'entreprise, lieu où l'adulte passe la plus grande partie de son temps. Quelle que soit la place occupée, il court des risques tels que les accidents, les maladies etc.. qui peuvent, lourdement, peser sur son avenir et même sa vie. N'omettons pas, non plus, les risques pouvant nuire aux autres.

Rien ne peut être envisagé sans l'accord de la Direction, en tout ou partie, de l'encadrement, du Comité d'Entreprise, du représentant du personnel, etc.. Sans leur concours actif, ou, au moins leur compréhension, il est impossible d'obtenir des résultats appréciables en ce qui concerne l'alcoolisme.

Si certaines dispositions législatives peuvent contribuer à combattre les méfaits de l'alcool, ce n'est pas là l'essentiel. C'est, d'abord, éclairer l'opinion publique, expliquer, justifier, commenter inlassablement, auprès des travailleurs, ce qui concerne l'une des maladies les plus couteuses et dangereuses de France.

Il faut, aussi, donner l'exemple et le moyen d'en sortir. Avant toute chose, chaque chef d'entreprise se devrait de respecter la loi.

Quel doit être le comportement d'un chef d'entreprise auprès d'un travailleur alcoolique ?

Relevons deux comportements :

- Pour les uns, la méthode classique est de dire au malade : "va te faire voir ailleurs", "va te faire soigner", "trouve une autre place" ou encore le renvoi sans aucune explication.

- Pour les autres, une seconde méthode commence à faire son chemin : se pencher sur le problème avec le médecin, l'assistante sociale et l'entourage du malade. Et même, quelquefois, s'il y en a, le chef d'entreprise peut avoir recours à des malades guéris. Il arrive, alors, que l'alcoolique soit mis devant l'alternative suivante : se faire soigner et garder sa place ou, opposer son refus et être mis à la porte.

Cette méthode est, de loin, la meilleure car, mis devant ses responsabilités : - le malade ne se sent pas condamné, et - cela lui évite souvent le chômage, la dislocation d'un foyer et les drames qui en découlent.

Alors, il peut accepter, peut-être contre son gré, de se faire soigner, ce qui est tout de même un premier pas. Pourtant cela n'est pas suffisant car il faut que le malade soit visité pendant sa cure pour qu'il ne se sente pas trop déchu et qu'il ne perde pas l'espoir d'en sortir.

Il lui sera impossible de trouver du travail car, malheureusement, en France, comme ailleurs, fonctionne le "téléphone arabe". Voici comment : lorsqu'un gars recherche une place, on lui demande le nom de ses précédents employeurs et on le fait repasser plusieurs jours après la première entrevue.

.../...

A la date fixée, lorsque notre homme se représentera, il n'y aura aucune place pour lui et même, il sera éconduit par un mot "gentil" qui raisonnera longtemps à ses oreilles. De plus, classé "ivrogne", il ne trouvera pas d'embauche. Toutes les entreprises le refuseront.

Il recherchera secours, ici où là, et, ne trouvant aucune aide, il retournera à l'alcool. Pourtant, ce gars condamné par la société avait fait un pas timide pour une réinsertion. Malgré cela, personne ne veut l'écouter et l'épauler. Personne ne veut croire à sa bonne volonté, si tremblante soit-elle. Alors, il est bien trop facile de dire à sa rechute : - J'avais bien dit qu'il ne tiendrait pas le coup ! C'était bien connu : qui a bu, boira...

Voici un fait, un seul, témoignage d'un gars du Nord racontant à un congrès : - Conducteur de poids lourds, j'ai durement payé une ivresse au volant. Je travaille toujours dans la même usine mais comme balayeur. Je n'ai aucun espoir d'en sortir car, lorsque j'ai demandé au patron s'il me rendrait un jour mon camion, il m'a répondu : - Vous êtes ici quatre gars à avoir subi une cure de désintoxication. Trois sont déjà retombés dans leur vice et pour toi, j'attends aussi la rechute.

Certes, les trois autres n'ont tenu que quelques mois mais, en ce qui me concerne, voilà quatre ans que je n'ai pas bu une goutte d'alcool. Et pourtant, le patron n'a rien voulu entendre.

Quand on nous demande, parfois, à la présentation d'un malade sortant de cure, d'affirmer qu'il ne boira plus, cela nous est complètement impossible. Comment cela pourrait-il se faire puisque nous ne pouvons pas répondre de nous-mêmes. Qui peutdire, qu'à la suite de circonstances malheureuses, malgré de nombreuses années d'abstinence, je ne rechuterai pas un jour ?

Il faut dire que nul n'est à l'abri de cette maladie, les buveurs guéris encore moins que quiconque. Bien sûr, il y a des cas spéciaux. Il faut que la société comprenne bien, les patrons surtout, qu'il ne faut pas nous mettre tous dans le même panier. Il faut donner une chance d'en sortir et, si, cela ne réussit pas, alors le renvoi peut intervenir, mais, après avoir tout tenté et surtout pas avant ! Merci.

- Mme T. -(PRESIDENTE DE L'ASSOCIATION L'ESPERANCE):

Elle pose, aux pensionnaires, la question concernant la ségrégation au niveau de l'entreprise, entre alcooliques et travailleurs.

Réponse : - Au niveau d'une grande entreprise, le travailleur qui sort de cure a beaucoup de mal à être abstinent parce qu'il ne trouve pas autour de lui, l'aide suffisante et qu'il est souvent l'objet de moqueries sur son abstinence.

- M. B.-(DIRECTEUR DU FOYER) :

Je vais vous parler du travail que j'ai eu pour placer les pensionnaires entrés en 1972. Il y eut cette année 59 entrées et 58 sorties.

Beaucoup d'employeurs trouvent que le temps passé au foyer est trop court. Ils veulent bien prendre des ouvriers pour les former mais désirent les garder. Ils tiennent, principalement, aux bons ouvriers.

Pour 1972, il s'est présenté dix neuf ouvriers spécialisés, trente deux manoeuvres et huit ouvriers agricoles. Je suis arrivé à en placer :

- aux Etablissements Luchaire : six hommes, dont l'un tient depuis Septembre 1971, un autre est parti au bout de six mois,
- aux Etablissements Ermeka : cinq hommes, parmi lesquels un travaille et se maintient depuis mai 1972 et deux se sont maintenus respectivement pendant trois mois et six mois,
- société technique de Canalisation : six hommes, dont deux sont restés six mois et quatre un mois et demi,

- Ile de France : quatre ouvriers : un reste deux mois et demi, un autre, plus de six mois.
- Ets. Obier : deux hommes ont travaillé deux et trois mois.
- Ets. Commun : un ouvrier pendant six mois et demi.
- Ets. Coesnon : deux pendant deux et trois mois.
- Ets. Renay : un pour trois semaines et hospitalisé ensuite.
- Ets. Pillaud : un ouvrier travaille depuis novembre 1972.
- Ville de Chateau-Thierry : trois ouvriers sur cinq y travaillent. L'un deux stable depuis 1970 a quitté le foyer il y a près de six mois. Il habite en H.L.M et a réussi à revoir ses enfants.

D'autres pensionnaires sont employés par des entreprises de passage qui nous rendent de très grands services et ne nous font pas de tort. Sur le nombre total, notons huit hommes inaptes au travail.

Le problème qui se pose maintenant, c'est que certains employeurs ne veulent pas de types capables de travailler, car ils les assimilent à nos pensionnaires affaiblis et diminués.

C'est pourquoi, nous ne présentons aux employeurs que des hommes qui ont passé un certain temps au foyer. Remarquons que ce qui nous fait beaucoup de tort est que la majorité de nos pensionnaires viennent de Prémontré.

Le système Foyer plus ateliers protégés est, sans doute, très bien mais je préjère mettre mes pensionnaires en entreprise. Le moyen est, sans doute, plus difficile, mais la réinsertion plus directe. Il faut noter que nous sommes obligés de suivre les possibilités d'embauche.

Celles-ci se trouvent, plus facilement, dans les grandes entreprises, alors qu'un personnel plus stable se rencontre dans les petites entreprises.

- Dr. L., MEDECIN DU FOYER : Placer quelqu'un dans une entreprise, quelle que soit sa qualification, ou encore chez un artisan, n'est pas un but, mais un moyen de traitement. Le travail n'est pas, en effet, un but en soi, mais un complément car le malade n'est pas au Foyer pour travailler, mais pour des traitements médicamenteux et autres.

En écoutant les statistiques précédentes, je suis frappé par le nombre de rechutes. Certes, il y a des gens qui restent instables dans le travail. Cela est un signe de la maladie et nous n'avons pas à porter un jugement moral sur eux.

Quelqu'un qui a des ennuis, ou quitte son travail, peut rechuter. En fait, nous ne sommes pas des pourvoyeurs d'emplois, mais pour prodiguer des soins aux gens.

La pathologie de l'alcoolisme est très liée à la pathologie professionnelle. Je pense que l'alcoolisme est un travailleur, mais aussi un malade qui doit bénéficier d'une prise en charge un peu particulière.

- M. B., DIRECTEUR DU FOYER : J'ai eu, en 1972, trente-deux manoeuvres en maçonnerie. L'état physique de ces pensionnaires entrait dans la possibilité de réinsertion.

Nous avons, aussi, été confrontés à des problèmes pratiques de pensionnaires n'ayant pas travaillé depuis une longue période et pour qui l'effort physique demandé par un travail de manoeuvre était trop épuisant.

- M. L., PENSIONNAIRE :

Evidemment, quand on prend des médicaments outre mesure, on ne peut pas travailler.

- Dr. L. MEDECIN DU FOYER :

Il faut bien se rappeler que l'alcoolique est un malade. C'est quelqu'un qui est plus fragile parce qu'il est passé à Prémontré ou fait une cure de désintoxication.

C'est un handicap certain. C'est un peu comme les chevaux, il faut les faire partir un peu avant.

- M. A., ANCIEN BUVEUR :

En tant qu'ancien buveur, je voudrais vous dire qu'il ne faut pas entretenir chez l'éthylique, l'idée qu'il est malade. Une fois sorti de crise, il doit se considérer comme un être normal. Il ne doit plus rechuter. En ce qui me concerne, je vais au café tous les jours et l'on ne peut pas me reprocher de ne pas être en contact avec des buveurs.

Pourtant, on m'a dit, pendant des mois : - Tu n'es pas un homme ! Alors, je leur ai expliqué et prouvé qu'eux mêmes n'étaient pas des hommes et je leur ai dit ce que je venais faire au café et, depuis, croyez-moi, ils n'ont plus envie de m'en parler.

Oui, depuis que je suis guéri, je retourne au café où je retrouve les mêmes amis. Ils se vantaient de boire au moins douze Ricard. Aujourd'hui, ces mêmes amis n'en absorbent plus que quatre. C'est peut-être ma réussite d'être resté avec eux !

- Mme T., PRESIDENTE DE L'ASSOCIATION L'ESPERANCE :

Je voudrais savoir si vous êtes bien traités dans les usines où vous travaillez ?

- Du moment qu'on travaille... on n'a pas de problèmes.

M. B., PENSIONNAIRE :

Je suis allé voir le chef du personnel chez Ermeka, il m'a dit qu'il était très satisfait de nous et a ajouté que si nous avions des problèmes, il ne fallait pas hésiter à lui en parler.

- M. L., MEDECIN DU FOYER :

Quelle est l'attitude des employeurs devant la rechute de qualqu'un ?

- M. B., DIRECTEUR DU FOYER :

Sur Chateau-Thierry, les employeurs essaient de reprendre, quand même, les pensionnaires.

- M. L., ANCIEN BUVEUR :

J'ai conversé, récemment, avec un employeur de maçonnerie qui emploie certains pensionnaires du Foyer. Il m'a dit qu'il ne tolérait pas un litre de vin sur le chantier, même pour les ouvriers qui ne sont pas des malades éthyliques. Je crois que cela est un bien. Quand vous êtes trois ou quatre, dans une entreprise, vous pouvez prendre l'initiative d'aller au secours des petits copains lorsque se produit le moindre pépin.

D'autre part, se faire connaître est une nécessité. Ma profession de représentant m'amène à fréquenter les cafés où il m'arrive de rencontrer des pensionnaires du Foyer, buvant un verre de bière. Vous pensez que cela me fait mal au coeur.

Nous ne sommes pas là pour faire acte de présence mais pour vous aider. Le jour où ça ne va pas, au lieu de boire un verre, il vaudrait mieux en parler à un militant de Vie Libre.

- M. L., MEDECIN DU FOYER :

Nous avons tous une position de thérapeute et le traitement peut être fait, aussi bien par le médecin que par l'employeur. En effet, l'employeur peut faire gagner du temps lorsqu'il constate une rechute. Par contre, s'il congédie, ce qui lui arrive facilement parce que l'alcoolique a mauvaise réputation, il favorise cette rechute.

- M. L., ANCIEN BUVEUR :

Je ne pense pas que cela puisse arriver, s'il prenait, immédiatement, contact avec un militant Vie Libre.

- M. A., ANCIEN BUVEUR :

Le meilleur soutien c'est que l'employeur se réfère à un buveur guéri. Cela porte des fruits. J'en ai fait l'expérience au C.M.C de Villiers. Lorsqu'on m'a appelé, je suis allé voir le Directeur et cela s'est bien arrangé.

- M. B. :

Malgré tout, dans l'ensemble, il faut compter un pourcentage assez fort de rechutes.

- Dr. L., MEDECIN DU FOYER :

Vous, Monsieur, qui êtes directeur de l'Agence Nationale de l'Emploi, avez-vous l'impression de faire de la thérapeutique quand vous êtes amené à voir des gens ? Comment voyez-vous votre rôle ?

- M. Z., DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE DE L'EMPLOI :

Je les vois quand ils sortent du Foyer pour chercher leur premier emploi. Mon rôle se borne à suivre les conseils de M. B. ou de M. G., de cerner la personnalité de l'individu et de voir s'il n'y a pas trop de risques de rechutes. Il faut savoir chez qui on envoie et qui l'on envoie.

Ma position est nette, elle consiste à envoyer les gens les plus valables dans de grosses entreprises susceptibles d'embaucher le plus. Pour les autres, d'essayer de les placer dans de petites entreprises où ils pourront être entourés.

- Dr. L., MEDECIN DU FOYER :

Au départ, il y a une question de confiance.

- M. Z., DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE DE L'EMPLOI :

Quand on vient me voir, ce n'est pas au cours d'un entretien d'un quart d'heure ou même d'une demi-heure que je peux cerner le problème. Au départ, je prends l'avis de M. G., mais j'ai aussi besoin d'être guidé par quelqu'un du Foyer qui connait bien l'intéressé.

Ce n'est pas un travail à deux, mais à trois : le demandeur d'emploi, M. G et moi. Alors, ensuite, on essaye d'envisager les possibilités du marché.

- M. B., DIRECTEUR DU FOYER :

Au niveau du Foyer, nous avons aussi ce problème : La plupart du temps, nous ne connaissons pas assez nos pensionnaires et sommes obligés de leur faire confiance.

Comme nous essayons de les remettre, rapidement, au travail, nous n'avons pas suffisamment de temps pour les observer et les connaître.

- M. Z., DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE DE L'EMPLOI :

Il existe, aussi, un autre problème : les petits patrons se connaissant entre eux, se passent vite les consignes.

- M. B., DIRECTEUR DU FOYER :

Je n'ai jamais vu le directeur de chez Ermeka ou Luchaire, me demander des pensionnaires pour travailler.

Nous sommes bien obligés de ne pas placer n'importe qui dans les grosses entreprises. Sans doute, je fais confiance aux pensionnaires du Foyer car je ne suis pas là pour les juger mais pour les aider. Cependant, certaines critiques m'ont été faites à ce sujet. Elles ne m'étaient pas destinées car je n'en étais, nullement, responsable.

Dr. L., MEDECIN DU FOYER :

Chaque pensionnaire met en cause, non seulement sa propre réputation, mais aussi la réputation du Foyer.

- M. Z., DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE DE L'EMPLOI :

C'est d'abord, un problème tout à fait général. On le retrouve pour le reclassement des prisonniers. Bien sûr, j'ai placé des gens instables qui n'ont pas gardé leur emploi et ces échecs ont discrédité l'Agence Nationale de l'emploi.

Après cela, j'ai dû réhabiliter cette Agence. Mais, l'important est de savoir qui on place et où l'on place, en faisant le moins d'erreurs possibles afin de ne pas casser les possibilités d'emplois.

- M. B., DIRECTEUR DU FOYER :

Un pensionnaire nous est arrivé qui, depuis six ans, allait d'hôpital en hôpital, de foyer en foyer. En arrivant, il nous a mis devant l'alternative suivante : lui trouver un emploi ou son départ immédiat. Une seule entreprise proposait un emploi. J'ai bien été contraint de l'y envoyer. Bien sûr, à ce moment là, je mets les patrons au courant dès l'entrée du pensionnaire. Mais, le problème de la responsabilité du Foyer est toujours en cause.

Maintenant, nous essayons de travailler en groupe : surveillants, médecin, assistante sociale et moi-même. C'est un travail qui sera, sans doute, plus valable.

Nous contactons les employeurs et il nous arrive d'être obligés de leur mentir pour trouver du travail à certains. Il existe, donc, une certaine complicité.

- M. L., ANCIEN MALADE DE PREMONTRE, PENSIONNAIRE :

J'ai pu constater que les hôpitaux psychiatriques laissent sortir des gars qui sont à Prémontré depuis une ou deux années. Pourquoi, dans ces hôpitaux, n'y a t'il pas de réinsertion au travail ? Une réinsertion suivie, surveillée.

- Dr. L., MEDECIN DU FOYER :

Les hôpitaux psychiatriques sont plus malades que les malades eux-mêmes. C'est un endroit pour ceux dont on ne sait plus que faire.

- M. L., PENSIONNAIRE :

En sortant de l'hôpital, les gens sont bourrés de médicaments et ne peuvent plus travailler. Quelqu'un qui aurait envie de s'en sortir, dans cet état, ne le pourrait pas.

- Dr. L., MEDECIN DU FOYER :

C'est un handicap pour un malade d'avoir eu des médicaments et d'être passé par Prémontré. Mais, le malade arrive souvent dans un état lamentable à l'hôpital et parce qu'on le envoie de l'hôpital général.

L'hôpital psychiatrique est le dernier recours. Mon travail, ici, est de faire comprendre que vous n'êtes plus à Prémontré mais dans un circuit social.

- M. Z., DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE DE L'EMPLOI :

Parmi les gens qui sont à Prémontré et vont sortir, on procède à une ventilation. Qui en est chargé ? Selon quels critères ? Est-ce d'une manière organisée ou totalement anarchique ?

- Dr. L., MEDECIN DU FOYER :

Un tri est, quand-même, effectué. Il n'y a pas d'Ateliers protégés dans l'Aisne, ni de Foyer de post-cure, sauf à Soissons, vers lesquels on puisse envoyer des gens.

Nous sommes, ici, un Foyer spécialisé dans les problèmes de l'alcoolisme et nous avons reçu, également, des personnes qui n'étaient pas concernées par l'alcoolisme. Nous touchons, là, un problème à l'échelle nationale : la France manque d'équipements.

- M. Z., DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE DE L'EMPLOI :

A l'Agence de l'Emploi, il y a un conseiller professionnel qui est à Laôn. N'y aurait-il pas possibilité de prendre contact avec ce conseiller pour tout ce qui concerne les gens qu'on peut réinsérer et les ventiler dans l'Aisne ? Le conseiller pourrait apporter des éléments de placement aux psychiatres qui soignent les malades.

- Dr. L., MEDECIN DU FOYER :

Je pense que la reprise du travail fait, directement, partie du traitement de la maladie. C'est aussi, aux psychiatres de s'occuper de cette reprise du travail. Les problèmes, souvent insolubles, toujours délicats, on joue avec le hasard parce que l'on manque d'éléments. Les Ateliers protégés, ceux qui existent encore, sont pire que l'hôpital psychiatrique.

Les pensionnaires y sont employés à faire des cadres, par exemple et cela toute leur vie. Tant que les problèmes de la maladie mentale et de l'alcoolisme ne seront pas des choix budgétaires importants, essentiels, reconnus comme tels par la Société, cela ne marchera pas. Il faut que les gens soient mobilisés, électoralement et financièrement, car, ce n'est pas seulement un problème pour les ministères des Finances ou de la Santé Publique. Les choix sont autres.

Nous essayons de poser le problème à notre niveau. Nous travaillons en équipes pluri-disciplinaires, puisqu'il y a des médecins, tout au moins un, des assistantes sociales, tout au moins une, des militants et d'autres. On travaille comme ça, sans moyens très importants. S'il s'agissait de la drogue, sujet à la mode, ces moyens seraient beaucoup plus considérables.

III - THERAPIES INDIVIDUELLES -

- La Consultation
- Quelques consultants

A) - LA CONSULTATION -

La consultation médicale est, à côté de mon activité institutionnelle, un lieu et un temps privilégiés dans la vie des pensionnaires dont il serait difficile de ne pas parler tant ce moment est un espace de parole et d'échange.

Pour cela, j'ai choisi de relater, avec fidélité ce qui peut se dire, l'après midi, deux fois par mois, avec les malades dans le cadre du colloque singulier.

J'aurais pu faire un exposé théorique et statistique sur la place de cette consultation dans le fonctionnement du foyer. Finalement, il m'a semblé plus simple et plus fructueux de parler d'une consultation choisie, arbitrairement, à mon retour de vacances cette année.

En fait, cette consultation est, en elle-même, une véritable institution dans cette institution, un temps fort de la vie quotidienne du foyer, à travers lesquels des éléments essentiels vont se dire.

Que cette consultation se déroule dans le bureau du Directeur et, en sa présence, n'est pas un fait anodin et il est aisé à quiconque possède une certaine expérience psychiatrique, de saisir l'ambiguïté d'une telle situation. L'exclure, régulièrement, du colloque singulier, sous prétexte du secret médical, eut été, à mon avis, un acte maladroit qui aurait pu prêter à malentendu. Non seulement j'aurais pu être vécu comme celui qui prenait place, sa place, mais, ainsi, une barrière, entre lui et moi-même, se serait alors dressée. Excellente occasion à utiliser par nos pensionnaires dans le jeu institutionnel.

Ainsi, ma présence dans son bureau ou sa présence à ma consultation a été instituée, par accord mutuel.

Ce qui pourrait être critiqué comme un statut quo-défensif est devenu, dans la consultation, le témoin de notre plan thérapeutique fondé sur la notion de contrat.

Les pensionnaires, quant à eux, ont la totale liberté de consulter d'autres médecins (médecins généralistes, spécialistes psychothérapeutes, kinésithérapeutes etc..), ce qu'ils font, fréquemment, allant parfois à la recherche d'une caution médicale complaisante en vue d'un arrêt de travail ou d'un certificat de contre-indication à la prise d'Antabus, ce qui, effectivement, prend sens par rapport à notre travail. Peut-être vont-ils chercher ce que je ne peux leur donner, à ce qu'ils ne viennent, même pas, me demander dès lors, qu'à leurs yeux, je peux apparaître d'abord comme le médecin du foyer, avant d'être celui des malades.

Cette convention de travail implicite, entre le Directeur et le Médecin, modifie donc le colloque singulier, transformant la relation duelle en une "relation triangulaire" - "le troisième interlocuteur étant l'institution matérialisée par la présence de son chef avec ce que tout cela représente de dépendance réelle et fantasmatique en laquelle elle tient le sujet".

Il y a, cependant, lieu de s'interroger sur les possibilités médicales d'intervention sur le sujet dans ces conditions.

Cette question est souvent portée par ceux-là même qui ressentent, assez lourdement, cette troisième force dans leur pratique : Non pas seulement les psychiatres en milieu pénitentiaire, dont certains disent, un peu naïvement, qu'ils ne sont qu'otages, mais, aussi, les psychiatres militaires qui, récemment, par la voix du Docteur Pouquet, se demandaient "comment, ainsi compromis avec l'institution, ils pouvaient sauvegarder leur personnalité, leur mode d'action spécifique sur le sujet".

.../...

"Cette interrogation anxieuse avait comme mérite, du fait de son caractère très particulier, de mettre en relief et de permettre d'observer "à la loupe" les problèmes qui se posent, aussi, mais à un moindre degré, au psychiatre hospitalier", mais aussi à tout médecin dès lors qu'il a passé une quelconque convention de travail avec un tiers, que ce soit le Directeur d'une usine ou bien, tout simplement, avec une caisse de Sécurité Sociale.

La présence permanente du Directeur aux entretiens thérapeutiques n'est pas sans exclusive. Parfois, certains malades me demandent de les recevoir à part, ce qui ne pose, évidemment, aucun problème. Je veux dire que le Directeur compréhensif disparaît, immédiatement, à tel point que j'ai pu percevoir (je pense, notamment, au cas de Monsieur M. Gérard) une espèce de consensus implicite entre ce patient et le Directeur avec qui ce malade entretient des rapports ambigus : N'osant lui formuler, directement, sa demande, ce qui était extrêmement réalisable en pratique car ils se côtoient journellement, il préférait m'utiliser afin que je soutienne sa demande, à sa place.

De la façon où ce scénario était agi, j'avais raison de suspecter une espèce d'entente préalable implicite entre les deux partenaires.

En effet, que Monsieur M. Gérard me demande le départ du Directeur, cela veut dire, aux oreilles de ce dernier qui n'est pas dupe mais complice :

"Si je dois partir, c'est qu'il veut me dire quelque chose et qu'il n'ose pas le faire. Je le connais tellement bien".

Il est donc bien clair que le tiers continue d'exister dans la relation thérapeutique se signalant, dans ce cas, par son absence. Tout se passe, donc, entre ces trois pôles. Cette triangulation, qui peut alors être analysée en terme de rôle si l'on se réfère à la psychosociologie, reçoit un autre écho si l'on se situe sur le terrain de l'Inconscient où elle devient "triangulation Oedipienne, scène primitive".

Ces quelques remarques pointant les difficultés relationnelles entre le jeune Gérard M. et le personnage du Directeur, évoquent une relation filiale ou parternelle, de type homosexuel.

Le problème des relations homosexuelles latentes, dont je parle en filigrane depuis le début de ce chapitre, me semblent d'une grande importance en matière de thérapie institutionnelle chez l'alcoolique, ce qui ne veut pas dire, dans tout cela, qu'il n'y ait pas place pour les relations hétérosexuelles. Notre Assistante Sociale, qui n'est pas dupe, est investie comme femme. Pour ce qui la concerne, il a toujours semblé logique à chacun qu'elle mène ses entretiens seule, jouant un rôle de conseillère à l'égard des pensionnaires. Rapidement, elle fut l'objet de demandes variées et elle se trouva plus en position d'écoute de ce qui parlait en chacun grâce à une relation plus personnalisée.

Ces quelques réflexions donnent, nous le voyons, une autre ouverture permettant d'entrevoir les fonctions de ce tiers sous un autre angle.

Cette constatation nous permet, donc, d'avancer une hypothèse de travail qui pourrait s'exprimer ainsi :

- <u>EN MATIERE D'ALCOOLISME, MEME LORS D'UNE RELATION DUELLE, IL Y A TOUJOURS UN TIERS EN ARRIERE FOND</u> :

Parfois, ce tiers est permissif, le plus souvent interdicteur à l'égard de la conduite d'alcoolisation.

<u>Parfois, Permissif ou supposé tel par le sujet</u> : Le copain de "boulot" qui l'entraîne à la boisson.

La femme qui le quitte, ce qui l'amène à s'autoriser à "reboire".

Le plus souvent interdicteur : La femme qui l'oblige à l'abstinence.

La société (loi de 1954, l'alcootest), l'Employeur, qui le conduisent à la cure de désintoxication.

Ce tiers qui parasite la relation duelle (malade-médecin), ce tiers extériorisé, renié, avoué, c'est son comportement à l'égard de la boisson : son alcoolisme.

L'attitude des médecins ou psychanalystes à l'égard est analogue du fait de l'existence de ce troisième terme :

- Tantôt l'alcoolisme du malade est plus ou moins nié et le malade est ravalé au même rang que les autres malades organiques et on se contente de soigner les complications somatiques de son intoxication (cirrhose hépatique, hypertension portale, polynévrite). De l'alcoolisme, personne n'en parle plus, ni le patient, ni son médecin, l'entente est un possible entre un sujet qui veut guérir et soigner les autres (le médecin) et un sujet qui ne demande rien et veut, plus ou moins, mourir.
- Le Psychothérapeute ou l'analyste se trouve confronté dans leur pratique au même problème, celui que pose le malade et son alcoolisme. Le dilemne posé au praticien est soit :
  - de permettre l'alcoolisme avec les dangers qu'il présente (en ne l'interdisant pas),
  - de supprimer le symptôme, au risque de compromettre la possibilité même du traitement psychanalytique.

J. Guillemaut, qui a consacré un mémoire inédit à une psychanalyse d'alcoolique, s'est vue contrainte, en cours d'analyse, d'adresser son patient à un confrère, en vue d'un sevrage immédiat, donc, d'introduire un tiers, en l'occurence, un autre médecin.

En matière d'alcoolisme, il est difficile de codifier des shémas thérapeutiques et de les proposer à la pratique des autres. Dans notre pratique, au foyer, nous avons attribué au symptôme alcoolisme une place à part dès lors qu'il s'agit d'un passage à l'acte, une réaction de type pervers et, il nous a semblé bon d'édicter un certain nombre de règles institutionnelles. L'abstinence est quasiment imposée par le Directeur qui, ainsi prend en charge l'alcoolisme des pensionnaires en se référant, sans cesse, à sa qualité d'ancien buveur. Son attitude ferme, interdictrice, me permettait de me consacrer plus aux soins, à l'écoute des patients.

B) QUELQUES CONSULTANTS -

Aujourd'hui, alors que nous avons fait le point sur les entrées et sorties des malades, le Directeur m'adressa, en tant que médecin, une demande personnelle.

Une telle démarche de sa part à mon encontre me posa, immédiatement, un certain nombre de problèmes, d'autant qu'il aurait pu s'adresser, tout banalement, à un médecin généraliste.

Le fait de s'adresser à moi prenait sens dans notre style de relation.

Ce qui me gênait, c'est qu'il abandonne son statut de Directeur pour se poser en tant que corps malade.

Dans mon esprit, l'un excluait l'autre, bien qu'il soit devenu à mes yeux l'emblème de la normalité.

Certes, sa demande de soins n'avait aucun rapport direct avec son passé d'alcoolique, mais elle ne pouvait pas ne pas me faire évoquer cette frontière fragile qui sépare les anciens buveurs des alcooliques.

Les membres du mouvement vie libre ne parlent jamais de guérison les concernant, mais toujours de stabilisation, la guérison impliquant la possibilité de boire de l'alcool en petite quantité, ce qui est impossible. Ils sont, donc, malades à vie.

L'autre précepte de ce même mouvement stipule que la rechute fait partie de la maladie, ce qui revient également à souligner l'impossibilité d'une guérison au sens classique, de la restitution ad integrum en médecine classique.

- La seule guérison envisagée n'est que sociale, familiale, professionnelle, dès lors que l'ancien malade a repris une certaine place dans ces instances. Guérison fragile car elle souligne, parallèlement, la fragilité du corps biologique toujours prêt à reprendre les chemins de la boisson par la voie de l'appétence. -

Cette conversion, dont on perçoit l'aspect religieux, le conduit, donc, du jour au lendemain, à devenir un ancien buveur, mais elle reste fragile et floue.

Ce sera, donc, en soignant les autres que l'ancien buveur fortifie sa guérison. Il se sauve en sauvant ses camarades.

A la limite, la guérison des autres, notamment des pensionnaires, repose sur la guérison du Directeur, qui est le plus représentatif de l'image idéale de l'ancien buveur guéri qui a réussi.

Cette demande que le Directeur me formula, prenait l'allure d'un avertissement, une manière comme une autre de me rappeler qu'il était, lui-même, un ancien malade et qu'il me fallait procéder avec prudence en cette enceinte. Les limites de mes possibilités thérapeutiques ne pouvaient pas outrepasser les conceptions que le Directeur avait, lui-même, de la maladie, de sa propre maladie. Je n'étais, donc, pas le seul médecin des malades, j'étais bien au service d'une certaine idéologie de la guérison.

- LE PREMIER CONSULTANT -

Ce nouvel arrivant passe, obligatoirement, par ma consultation.

Monsieur M. LUCIEN est un garçon de 35 ans à l'image de ces autres camarades, qui a tendance à se laisser confondre dans l'anonymat du groupe.

Je m'adresse à lui en vue d'aborder les motifs de sa venue au Foyer que d'autres ont tendance à banaliser, se présentant, volontiers, à notre regard comme victime. Des réponses comme : "On m'a mis ici, je ne sais pas pourquoi.." - "C'est pour une post-cure, je n'ai pas de logement.." sont extrêmement fréquentes.

Ce n'est pas le cas de M. M. LUCIEN qui entre, immédiatement dans le vif du sujet.

Il est né dans un milieu rural, c'est un homme de la campagne et il aime à le rappeler car cela compte pour lui. Pourtant, son père, cantonnier, lui avait conseillé de l'imiter dans son choix professionnel, ce qu'il ne fit pas, préférant entrer rapidement dans la vie active après son certificat d'études en s'embauchant comme ouvrier agricole dans une ferme de l'Oise.

Sa mère est morte, il y a 11 ans, dans un accident. Elle s'est fait écraser dit-il, sans s'expliquer plus longuement. Seuls le père et ses trois frères, qui vont rester à la campagne, semblent donner sens à sa vie.

Pourtant, fasciné par le mirage que les gars de la ville lui laissent entrevoir, quand il les rencontre pendant les vacances, séduit par leurs beaux discours, il quitte, du jour au lendemain, l'espace rural de son enfance et, par là, le souhait paternel, pour s'aventurer dans le monde ingrat de la ville. Là, il est seul et erre le soir dans les cafés, les copains l'entrainent et il se laisse faire. " 5 ans de ville, 5 ans de débine " dit-il.

Il tombe malade, se fait opérer de l'appendicite, au travail, il se fracture la jambe.

Un jour, il se met hors la loi en tentant de voler un carnet de chèques avec quelques copains dans une voiture. Pris sur le fait, en flagrant délit, il sera emprisonné une année.

En sortant, il est à bout de souffle et se précipite au commissariat, ivre mort. " Je ne voulais pas devenir une épave " me confie-t'il.

Il est hospitalisé en gastroentérologie, c'est sa première cure, la première rencontre avec les circuits de soins. L'après cure est sans issue, il nous est adressé en vue d'une tentative de réadaptation.

La demande qu'il formule est bien précise : reprendre ses anciennes activités agricoles dans la mesure où il estime que tout son mal vient de la ville. Un emploi lui sera proposé dans la maçonnerie, ce qu'il accepte immédiatement.

L'entretien se termine par un examen somatique systématique qui permet de noter une hépatomégalie débutante. Je lui prescris, donc, un stimulant hépatique et des vitamines B.

- LE DEUXIEME CONSULTANT -

Arrivé le même jour que le précédent, il vient de terminer sa cure de désintoxication.

Rapidement, je suis frappé par son attitude de repliement sur lui-même. Ce n'est pas de l'opposition quérulente, mais plutôt de la non communication, tellement ce garçon apparaît méditatif. Il se réfugie dans la dépression et se tait, à tel point que j'ai l'impression de me trouver face à un sujet endeuillé ou blessé moralement.

Compte tenu de ces éléments, je mène l'entretien avec une certaine prudence, abordant, dans un premier temps, les problèmes les plus superficiels, tels que les motifs de sa venue au Foyer ou bien son statut professionnel.

.../...

Progressivement, nous en arrivons à ce qu'il estime être le fond de sa problématique : le départ de sa femme. Leur union dure deux années, puis elle le quitte pour un autre homme. Se retrouvant seul, il "vivote", prend une chambre en ville et boit comme un "trou".

Il me décrit, ainsi, une vie ou tout, brutalement, se serait mis à vaciller dès que son soutien, en l'occurrence, sa femme disparaît. En la perdant, il perdait tout. Manifestement, il est désemparé et ne peut plus que s'intégrer dans des équipes professionnelles en déplacement.

C'est, donc, un être fatigué, profondément déprimé, morose, qui consulte un médecin généraliste à Compiègne voici quelques mois. Le praticien a dû être très impressionné par son état de santé, puisqu'il lui a prescrit une longue ordonnance de neuroleptique. Le soir même, dans sa chambre d'hôtel, il avale le contenu d'un tube d'hypnotique. Le lendemain, il se réveille en réanimation à l'hôpital général. Après avoir subi ure cure de désintoxication, il nous est envoyé au Foyer.

En fait, cette histoire est banale, mais, entrer dans un statut de malade par la voie du suicide n'est pas donné à tout le monde. Un certain nombre d'alcooliques se signalent à notre attention en flirtant avec la mort. D'emblée, ces sujets posent les problèmes là où ils doivent être posés : l'alcoolique est un suicidaire.

Rappelons nous les premières pages du roman de Christian de Rochefort : "Le repos du Guerrier". Celle qui va devenir sa compagne pour le meilleur et pour le pire, se trouve comme piégée au jeu de la mort de cet inconnu qu'elle découvrit comateux dans une chambre d'hôtel. Cette première rencontre la lie et elle n'aura de cesse de l'arracher à son triste destin de mort vivant en se pliant à tous ses caprices et désirs.

L'alcoolique se situe là où, nous autres, ne pouvons l'aborder, à mi-chemin entre la vie et la mort, Monsieur T. Jean venant de nous le rappeler.

Compte tenu de cette problématique qui envahit le champ de ses préoccupations, il m'est difficile d'aborder avec lui son histoire familiale qui apparaît, d'ailleurs, très pauvre :

- Enfant de l'Assistance Publique, comme beaucoup de ces malades, il n'a jamais connu ses parents. Seul, un frère, sur lequel il est peu explicite, aurait pu le rattacher à une ossature familiale, mais il l'a perdu de vue depuis l'époque de son service militaire et n'éprouve aucun désir de le revoir.

- Ainsi, seule, cette femme toute puissante, disparue rapidement, semble avoir compté pour quelque chose dans sa vie d'abandonnique.

- LE TROISIEME CONSULTANT -

Le problème que pose Monsieur D. Emilien, 42 ans, depuis quelques mois, n'est pas un cas isolé. Le Directeur me le présente car il est très surpris de le voir échouer, régulièrement, lors de sa reprise du travail. Le plus souvent, il est refusé à l'embauche.

Dans les rares cas où il a été admis, il fut, rapidement, renvoyé par l'employeur. Paradoxalement, le seul travail où il resta plus de quinze jours, était un emploi particulièrement dangereux et dur. Il s'agissait de repeindre une grue sur un chantier, ce qu'il fit avec compétence pour, finalement, tout abandonner devant la recrudescence de vertiges. "J'avais l'impression de perdre pied en permanence et les jambes, ça n'allait pas, je n'étais pas sûr de moi ".

Ces vertiges sont d'autant plus facilement compréhensibles du fait qu'il a été opéré en 1972 d'un hématome sous dural.

Pourtant, les multiples essais de réinsertion ont toujours été des échecs retentissants, ce que ne peuvent pas expliquer les seules séquelles neuropsychiatriques de son intervention chirurgicale.

Comme beaucoup de ses camarades, il semble bien s'organiser dans la maladie, hésitant, plus que jamais, à faire le pas qui l'aiderait à reprendre une certaine activité. Bien au contraire, il se présente à ses employeurs de façon monomorphe et décourageante. "Voilà, il faut que je vous dise, j'ai été dans le coma 8 jours, puis on m'a opéré".

Ce rappel morbide, sa manière de se présenter décourage, évidemment, ses interlocuteurs qui le renvoient à sa maladie.

Aujourd'hui, je reçois, de nouveau, Monsieur D. Emilien et la situation n'a pas avancé, bien qu'il se soit, de lui-même, inscrit au bureau de la main-d'oeuvre, dans l'attente d'un travail.

Plus que jamais, il se présente quasi mutique, la tête enchassée dans les épaules, jouant avec nous le jeu du silence. Je serais tenté de dire qu'il fait le mort, au sens où on l'entend au bridge, laissant se dérouler, entre le Directeur et moi-même, des bribes de conversation le concernant et qu'il semble vouloir ignorer.

Ces sujets qui ne nous demandent rien, nous confrontent, douloureusement, à notre impuissance thérapeutique, malmenant notre désir de soignant.

Nous savons qu'il a subi cinq cures de désintoxication, qu'il a attrapé la dysenterie amibienne en Indochine et qu'il ne veut pas retourner au Foyer de Creil, mais, au-delà, c'est le mystère, son secret.

Compte tenu de cette impasse, je pratique un examen somatique complet. Cette démarche débloque, immédiatement, la relation et il me présente toute une série de symptômes des algies gastriques, des pesanteurs des jambes et des mollets.

Il n'y a rien de strictement organique, au sens limitatif du terme, d'ailleurs, l'approche physique avait comme but de médiatiser la relation thérapeutique, voire de l'amorcer.

Maintenant, il parle de son histoire personnelle et ça l'intéresse.

- sa mère de 77 ans, vieille et malade, avec qui il a toujours vécu, la quittant, seulement, pendant ses hospitalisations. Aujourd'hui, il dit à la fois s'en ennuyer et souhaiter retourner auprès d'elle, mais pense, finalement, que cette solution n'est pas réaliste.
- de son père, décédé rapidement quand il avait douze ans, il ne garde qu'un souvenir lointain et ombrageux : celui d'un homme fatigué et malade, mort des suites de la guerre de 14-18.
- le fait de parler de son frère ainé, décédé à 45 ans d'un infarctus du myocarde, semble le réactiver et lui permet d'associer sur sa vie personnelle :

"Il était malheureux en mariage (son frère), moi je ne me suis jamais marié, j'ai connu une fille, on a vécu en ménage deux années puis elle est partie".

- LE QUATRIEME CONSULTANT -

Monsieur P. André, 41 ans - Après plus de six mois de traitement intensif, tout en favorisant son intégration dans le monde du travail, nous sommes arrivés à un résultat satisfaisant pour M. P. André.

Le prétexte à cette consultation est le renouvellement d'une série de séances de kinésithérapie pour lesquelles il vient me demander conseil.

Que de progrès depuis son arrivée. Il sortait de plus de cinq mois d'hospitalation à Prémontré, dont il ne saisissait pas toutes les implications, ni les conséquences. Il estimait que sa femme avait voulu se débarasser de lui en l'internant. Certes, il buvait 2 à 3 litres de bière par jour, mais, d'après lui, cela était bien normal, car elle le trompait et avait même refait sa vie avec un autre homme. Elle travaillait, de nouveau, pour nourrir les sept enfants et ce mari, mis à l'écart, passif, complice, ne réagissait pas et avait même tendance à fuir dans la maladie. Il avait cessé tout travail et était souvent hospitalisé

pour des troubles digestifs postamibiens, aggravés par son alcoolisation. Mis en invalidité 1ère catégorie, il n'était plus utile à sa femme que de l'hospitaliser pour le faire soigner.

Son long séjour à Prémontré ne semble pas avoir modifié sa situation, ni sur le plan personnel (il se présente comme extrêmement résigné), ni sur le plan familial (le désir de divorcer annoncé par sa femme ne faisant aucun doute).

Au cours du premier entretien que j'eus avec lui, je lui manifestai, explicitement, mon souhait de le voir retravailler, (la pension d'invalidité me semblait peu justifiée), parallèlement, je l'incitai à tirer les conclusions logiques de sa situation conjugale.

Certes, j'étais conscient de la faible efficacité de mes suggestions sur cet être sans désir. Il reprit contact avec le monde du travail en débutant par un emploi de manoeuvre. Au bout de deux mois de labeur, il se plaignit de violentes douleurs, à type d'hyperesthésies superficielles et profondes, touchant les mollets, les chevilles, mais aussi les mains. Il s'agissait bien d'une polynévrite typique, bilatérale, à prédominance sensitive.

Ce syndrome organique est bien connu des cliniciens qui le rattachent à une carence vitaminique dont serait responsable l'alcoolisme. Pourtant, cette affection est si fréquente qu'elle en devient endémique, de maladie individuelle, elle devient quasi endémique, prend l'allure d'une maladie propre au groupe. Les circonstances d'apparition sont toujours identiques, puisqu'il s'agit de la reprise du travail. A cet égard, elle prend l'allure d'une maladie du travail témoignant d'un dysfonctionnement du geste ou de son support, l'axe neuro-musculaire.

Elle est d'autant plus grave qu'elle devient l'alibi objectif et médical à la non intégration dans les circuits d'échange et de travail. Il s'y associe souvent un apragmatisme, un appauvrissement de la vie affective et relationnelle, conduisant l'individu à vivre en vase clos.

Certes, le traitement médicamenteux visant à pallier le déficit carentiel, a une efficacité remarquable mais transitoire, car, dès que le sujet se trouve en position de reprendre un quelconque travail, il présente, de nouveau, les mêmes symptômes.

A ne la considérer que comme une affection neuro-psychiatrique, nous nous heurtons aux mêmes difficultés qui sont celles de l'inévitable retour au bercail hospitalier avec son corollaire : la chronicisation.

Indubitablement, le support neuro-organique existe, mais il doit être resitué dans sa dimension fonctionnelle et socio-professionnelle. La polynévrite n'est donc qu'un symptôme d'un plus vaste syndrome somato-psychique que l'on observe, électivement, pendant la post-cure et lors de la reprise du travail.

A ce syndrome caractéristique, il y a lieu d'apposer un plan qui associe des mesures administratives et médicales :

- <u>des mesures administratives</u> : Dont le but est de ne pas couper l'individu des circuits de travail et de ne pas lui faire perdre le bénéfice des lois sociales (renouvellement des arrêts de travail, régulièrement, après discussion).

- <u>des mesures médicales</u> : - Outre, les traitements médicamenteux classiques, il leur est proposé:de participer aux petits travaux d'entretien de la collectivité,
- une série de séances de rééducation psychomotrice, pratiquée par un kinésithérapeute spécialisé. Ce traitement est long et doit être financé par le sujet, par l'intermédiaire de la sécurité sociale.

Cette conception du traitement, qui implique une participation des sujets à leur propre réhabilitation, s'est avérée efficace pour M. P. André.

V ème CHAPITRE

- LES FOYERS DE READAPTATION POUR MALADES ALCOOLIQUES

I) - BILAN

2) - RESULTATS COMPARATIFS

3) - PERSPECTIVES D'AVENIR

Nous avons choisi pour introduire ce chapitre de retranscrire, intégralement, les textes des deux rapports médicaux, initialement destinés au Directeur de la D.A.S.S, car ils nous donnent une vue globale, complète et chiffrée de notre travail durant ces quelques années.

Au terme de ce bilan, nous serons en mesure de comparer les résultats de cette expérience avec d'autres, identiques, menées par exemple à Chelles dans la région parisienne. Dès lors, il nous sera possible de dégager la spécificité d'un tel travail en foyer.

Nous terminerons ce chapitre par l'étude exhaustive des perspectives que peut laisser entrevoir de telles institutions de réadaptations et les améliorations qui peuvent y être apportés.

-=-=-=-

I - B I L A N :

LES DEUX RAPPORTS DESTINES A LA D.A.S.S.

RAPPORT MEDICAL DU MEDECIN DU FOYER à - ANNEE 1972 -

Monsieur le Directeur de la D.A.S.S de l'Aisne -

Recrutement du Foyer :

Entrées 59

Sorties 39

Provenance des pensionnaires	Hôpital de Prémontré	55
	Hôpital de Château T.	1
	Divers	

Situation Familiale	31 célibataires
	12 divorcés
	11 séparés
	3 veufs
	7 mariés

Ages	21 à 30 ans =	14
	31 à 40 ans =	23
	41 à 50 ans =	13
	plus de 50 ans =	9

Activités professionnelles	31 manoeuvres
	28 O.S qualifiés

.../...

Les statistiques donnent une vue, un peu trop rigide, de nos pensionnaires. Elles conduisent à un certain nombre de remarques. Le recrutement est, bien sûr, local. L'Hôpital psychiatrique de Prémontré est notre principal pourvoyeur de malades.

Du Prémontré, viennent les habitants de l'Aisne et surtout de Saint-Quentin, Hirson, Soissons, mais aussi des Ardennes, ce qui n'est pas sans poser de problèmes vu l'éloignement géographique.

Les malades, tous de Prémontré, ont subi, pour la plupart, un traitement différent suivant leur passage au service de rééducation des éthyliques ou non.

Dans le premier cas, avant la mise en place effective de la sectorisation, la plupart des alcooliques subissent une cure standard et ritualisée au S.R.E. Par contre, nous disposions d'une population plus homogène.

Depuis un certain temps, un certain nombre de malades font leur cure de désintoxication dans un pavillon de l'hôpital, correspondant à leur secteur d'origine. Ils peuvent, ensuite, à leur retour, bénéficier d'une prise en charge dans le secteur correspondant.

Cette situation d'avenir a été un inconvénient, voire un handicap, pour ces alcooliques qui iront au foyer d'Essones, car nos malades sont, pour la plupart, des gens déracinés "rejetés" de leur milieu socio professionnel d'origine. Ce sont des gens sans secteur ou "hors secteur" qui doivent, donc, bénéficier d'une prise en charge un peu particulière.

Dans l'ensemble connu, les statistiques le prouvent, ce sont des isolés (divorcés, séparés, veufs) solitaires. Ils vont, pour certains, de foyer en foyer, d'hôpital psychiatrique en foyer, à moins que ce chemin de vie ne les conduise, parfois, en prison. Leur biographie personnelle est évocatrice à cet égard. Leur vie est une vie à histoires et cela dès leur très jeune âge. Leur enfance est souvent marquée par une faillite du rôle des parents, par un abandon précoce et parfois, par des actes de délinquance. Pour un nombre important, l'alcoolisation débute au cours du service militaire. D'ailleurs, certains sont d'anciens engagés ou d'anciens légionnaires, parfois des militaires de carrière. Le retour à la vie civile est périlleuse, le plus souvent, il se solde par un échec. L'instabilité, tant géographique que professionnelle est un trait marquant de leur caractère. Elle entravera leur réadaptation à la vie socio professionnelle.

<u>La maladie alcoolique</u> ressemble à un certain nombre de caractéristiques, non pas tant l'usage de la boisson, qui est variable, (bière, vin ou autres alcools), ni la quantité absorbée quotidiennement (parfois, plus de 5 à 7 litres par jour), que la façon de boire.

<u>Les troubles de la personnalité, voire les troubles psychiatriques associés</u> : En effet, l'alcoolisation est pour beaucoup impulsive, brutale, suivie de périodes dépressives. Parfois, elle confine à l'autodestruction, rappelant les conduites suicidaires. Plus rarement, il s'agit d'un alcoolisme professionnel d'habitude qui a meilleur pronostic.

<u>Les troubles de la personnalité à type de troubles du caractère</u> avec instabilité, immaturité effective donnant à certains malades un type particulier.

La plupart, ont fait de multiples cures de désintoxication, rechutant à chaque sortie de l'hôpital. Ils nous arrivent exclus de partout, licenciés par leur employeur, rejetés par le milieu familial. Ils sont devenus des "récidivistes", des habitués des hôpitaux et des prisons.

A ces grosses difficultés socio-psychiatriques, s'ajoute un handicap physique important vu leur âge. Ce sont des malades qui sont malades dans leur corps. Les troubles somatiques sont la résultance d'une intoxication éthylique chronique (cirrhose, polynévrite, ulcère gastrique etc..). Pourtant ces malades difficiles, affaiblis par leur cure, sevrés, souvent dénutris, vont essayer de reprendre un travail dans une entreprise après une période d'observation au Foyer. Dans ces usines, ils ne bénéficient pas d'un statut particulier qui pourrait conférer leur maladie, ils sont considérés comme d'autres travailleurs.

La fréquence d'un passé juridique ou pénitentiaire est une donnée intéressante. Elle touche, à vrai dire, une partie minime, mais constante, de la population.

Tel, ce garçon de 26 ans qui avait déjà purgé plus de quatre ans de prison, interdit de séjour dans plusieurs départements et qui attendait de passer, à nouveau, au Tribunal pour un autre délit.

En conclusion, il nous semble qu'il se dégage, parmi les pensionnaires du foyer, deux types de population :

- Les plus nombreux, les migrants qui présentent de graves troubles du comportement, se rapprochant des psychopathes. Ici, l'alcoolisme phénomène très important, responsable de la déchéance socio-familiale, apparaît, surtout comme un symptôme s'inscrivant dans la personnalité perturbée. Le foyer est, pour ces malades, ainsi que pour les médecins qui nous les envoient, un lieu de dernier recours, un foyer pour ces "sans foyer", un lieu d'hébergement momentané. Ces patients sont des malades difficiles mais leur réadaptation n'est pas impossible et nous en verrons les conditions.

- A l'opposé, se dessine un autre type de population, certes en minorité, mais en progression croissante, faite de sujets concernant une faible attache familiale et sociale dans le département, souvent dans la région de Soissons, Château-Thierry, qui viennent non pas chercher refuge, mais un complément thérapeutique à leur cure. Si un rejet familial reste, il est un complément souvent transitoire. D'ailleurs, nous pouvons, nous-mêmes, prendre des contacts avec la famille, du fait qu'elle réside à proximité (l'éloignement géographique, s'il est un handicap, n'est pas un obstacle insurmontable, comme le prouve une visite à domicile faite, par deux d'entre nous, à Hirson à quelques pas de la frontière belge).

Ainsi, entre deux populations, qui coexistent sans trop de heurts dans le foyer, les limites sont, évidemment, peu nettes ni infranchissables.

Certains individus que l'on considérait comme des migrants instables ont retrouvé une autre vie, un lieu d'attache dans ce foyer. Le but du traitement est, même, de favoriser le passage des individus de la première catégorie à la deuxième catégorie, de l'instabilité à la stabilité, de l'inadaptation à la réhabilitation sociale. Ainsi, donc, existence d'un noyau d'individus plus stables, plus avertis, souvent plus anciens et le facteur nécessaire et préalable à tout traitement.

<u>Le traitement dans le cadre de la réadaptation par le travail</u> : La réadaptation par le travail est le pivot de tout traitement en post-cure pour nos malades. La reprise d'une activité professionnelle est revalorisante puisqu'elle restitue l'individu dans le système économique et social dont il s'était libéré en buvant. Si elle n'est pas sans difficultés (plusieurs essais sont parfois nécessaires), elle n'est pas impossible, même pour les malades les plus difficiles que l'on aurait pu croire condamnés à terminer leur vie à l'asile.

Dans un but thérapeutique, nous avons été amenés à mettre en place des réunions intérieures, en vue de discuter avec les pensionnaires de l'organisation, des buts, mais, aussi, dans le but de réfléchir à leur conduite d'alcoolisation.

Ces réunions nous sont apparues, à l'expérience, très profitables puisqu'elles permettent de cerner les difficultés de chacun, favorisant l'expression, prévenant les rechutes, renforçant les individus dans leur essai de resocialisation.

Rapidement, les problèmes de fonctionnement interne se trouvant résolus, nous avons étudié cette formule, mettant en place des conférences-débats sur les problèmes de l'alcoolisme.

Ces réunions, dites extérieures, ont permis d'entrer en contact avec la population locale (d'Essomes, Château-Thierry), par l'intermédiaire des

institutions représentatives des travailleurs sociaux, médecins de l'Hôpital de Château-Thierry et de Prémontré, infirmiers, représentants de gendarmerie, de la justice, de la presse locale etc...

Ces réunions mensuelles du mercredi soir ont permis au Foyer d'Essonnes de perdre cette mauvaise réputation qui lui était prêtée à tort.

Nos pensionnaires, bien que travailleurs manuels pour la plupart, ont participé avec régularité à ces conférences-débats, montrant tout l'intérêt qu'ils portent à leur traitement et à leur réhabilitation.

Le compte-rendu de ces réunions sera joint à ce rapport.

Pour clore ces activités, il a été organisé une kermesse qui a permis la rencontre, dans les murs de ce foyer, des gens de l'extérieur, prudents et curieux avec ceux qu'ils considéraient, voici quelques temps encore, comme des "ivrognes".

Ces considérations qui pourraient paraître superflues, nous apparaissent, au contraire, essentielles, puisque la réadaptation ne peut se faire qu'avec l'accord et la participation des individus de la collectivité de Château-Thierry, d'Essonnes notamment, et des employeurs.

Complétant ce traitement par l'ambiance, un traitement médicamenteux est apparu important : L'Espéral, véritable béquille médicamenteuse donnée à chaque pensionnaire, mais aussi des tranquillisants etc...

Ainsi, donc, cet arsenal thérapeutique fait que, dans l'ensemble, la majorité des sujets sont stables au cours de leur séjour de six mois au foyer. 33 % des sujets retournent à l'hôpital. Il faut comprendre ces retours, non comme des rechutes de la maladie alcoolique, mais comme des défaillances somatiques ou psychiatriques qui se révèlent chez les individus au cours de leur post-cure. Dans ces 33 %, il faut également inclure un petit nombre d'individus qui sont de mauvaises indications pour le foyer (soit trop âgés, soit malades mentaux).

En fait, le véritable problème se pose à leur sortie du foyer. Bien que la durée du séjour de six mois, pour certains pensionnaires, nous apparaisse insuffisante, nos pensionnaires, à cette occasion, prennent racine au foyer. En participant à ses multiples activités, ils s'en sentent solidaires. Ils remplacent cette dépendance, qu'ils avaient par leur boisson favorite, la déplaçant à l'occasion du sevrage sur leur lieu d'hébergement, c'est-à-dire le foyer.

Il est bien connu que cette période de post-cure est délicate pour ces malades. Leur organisme, privé de cette boisson qui les aidait à survivre, se trouve mis en déroute. Ainsi, ils se rattachent à ce que leur donne une autre vie, la nourriture, le travail et l'espoir. Ils deviennent, même, au bout de six mois, dépendant du foyer et ne peuvent plus le quitter. Une sortie brutale peut être vécue comme un abandon que l'individu compense par la reprise de son alcoolisation. Ainsi, donc, un certain nombre de rechutes s'observent à la sortie du foyer, alors que la conduite sociale et individuelle de ces pensionnaires avait été parfaite pendant leur 6 mois.

Cette fin de séjour est vécue comme une séparation brutale, un véritable déchirement. Notre travail consiste, donc, à travailler sur cette période sociale. A noter que ce phénomène de chronisation dépendance se retrouve pour d'autres malades (délinquants qui ne peuvent plus quitter les institutions spécialisées, détenus revenant toujours en prison etc...)

Pour remédier à cet état, plusieurs solutions peuvent être proposées :

- <u>Les infirmières visiteuses assurant les suites</u> : Cette solution est, certes, intéressante dans le cadre d'un secteur géographique restreint, mais présente peu d'avantages pour le foyer. La plupart des pensionnaires n'arrivent pas à retrouver des chambres à Château-Thierry et ceux qui retournent dans leur région d'origine seront suivis au dispensaire local.

.../...

- La prolongation du séjour à une durée supérieure à 6 mois nous semble indispensable pour la plupart des malades. Six mois, délai qui nous apparaissait comme une étape insuffisante pour reclasser et réhabiliter avec certitude l'individu, surtout, compte tenu des individus que nous recevons (les deux populations), compte tenu de la réalité locale (peu d'appartements disponibles à Chateau-Thierry, Essomes). En vue de compléter la politique d'ouverture du foyer sur la collectivité locale, il nous semble que des mesures graduelles et progressives de sortie s'imposent.

En aucun cas, une sortie brutale n'est souhaitable. Elle risque d'annuler, en quelques jours, un travail de plusieurs mois, ce qui est doublement gênant pour l'individu, mais aussi pour les autres pensionnaires qui constatent la rechute de l'un des leurs.

Il nous faut, donc, prévoir une sortie modulée. L'idée d'une annexe nous est apparue, à cet égard, très intéressante. Elle permet d'héberger ces pensionnaires, dont le stage est officiellement terminé, tout en leur assurant une continuité de soins. (Participation aux réunions thérapeutiques). Par ailleurs, elle est un exemple vivant et permanent vis-à-vis des nouveaux arrivants. Elle est la garantie d'une réussite possible dans le traitement de post-cure de ces malades.

Ces sujets ne deviennent pas autant des chroniques mieux avertis, plus solides, ils peuvent retourner dans leur région d'origine après avoir, eux-mêmes, aidé leurs camarades par leur abstinence.

ANNEE 1973 - 1974

RAPPORT MEDICAL DU MEDECIN DU FOYER à

Monsieur le Directeur de la D.A.S.S de l'Aisne -

RECRUTEMENT DU FOYER :

- Entrées	61
- Sorties	49

PROVENANCE DES PENSIONNAIRES :

- Hôpital de Prémontré	35
- Hôpital de Compiègne	9
- Hôpital de Chateau-Thierry	1
- Hôpital de Soissons	2
- Divers	14

SITUATION FAMILIALE :

- Célibataires	43
- Divorcés	8
- Séparés	4
- Veufs	2
- Mariés	4

AGES DES PENSIONNAIRES :

- de 21 à 30 ans	6
- de 31 à 40 ans	29
- de 41 à 50 ans	19
- de 51 à 60 ans	17

ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

- Manoeuvres	32
- Ouvriers spécialisés qualifiés	29

OU VONT LES PENSIONNAIRES EN QUITTANT LE FOYER :

- Vers une vie indépendante	34
- Vers une vie familiale	2
- Annexe	13
- Décédés	2

.../...

Pour rendre compte de la vie des pensionnaires au foyer durant cette année, tel que peut l'entrevoir un médecin psychiatre y travaillant à temps partiel, il convient d'envisager, successivement, les trois étapes du séjour :

- La première correspond, bien sûr, au recrutement des pensionnaires qui a évolué depuis l'année précédente.
- Au cours de la seconde étape, nous expliciterons les problèmes médicaux soulevés par le traitement de ces sujets, dans le cadre de leur réadaptation au travail.
- En dernier lieu, nous envisagerons les difficultés qu'ils vont rencontrer dès lors qu'ils décident de quitter le Foyer.

I-D'OU VIENNENT LES PENSIONNAIRES DU FOYER :

a) La plupart, comme l'année précédente, sont passés par un hôpital psychiatrique départemental, Prémontré en l'occurrence. On peut noter, cependant, une évolution dans la mesure où ceux-ci formaient plus de 80 % du recrutement annuel en 1972-1973, alors que cette année, ils n'en constituent déjà plus que 60 %.

Les malades qui nous sont adressés sont les plus difficiles à réadapter. Ils correspondent à l'alcoolisme psychiatrique ou psychopathique tel qu'il se présente chez les multirécidivistes des cures de désintoxication.

Pour ces sujets, chez qui les problèmes d'alcoolisme semblent relégués au second plan derrière les troubles de la personnalité, le Foyer leur permet, dans la mesure où leur séjour y sera long et renouvelé, d'être un tremplin possible en vue d'une émancipation et d'une réhabilitation sociale.

b) D'autres pensionnaires, environ 40 % du recrutement, nous sont envoyés par des institutions locales de soins, plus souples, dont le fonctionnement est très éloigné de l'univers carcéral du vieil asile psychiatrique.

1) La clinique du Dr. M. à Soissons nous a confié quelques uns de ces patients, ce qui n'est pas étranger aux échanges que nous avons eu avec certains infirmiers de cet établissement, dans le cadre de nos réunions d'information du mercredi soir.

2) Les hôpitaux généraux nous connaissent et nous envoient quelques alcooliques, surtout l'hôpital de Chateau-Thierry avec qui nous entretenons d'excellentes relations, mais aussi le centre hospitalier de Saint-Quentin. Nous travaillons, en étroite collaboration, avec le service du Docteur W. de l'Hôpital général de Compiègne qui semble spécialisé en alcoologie.

3) Une partie minime des pensionnaires a été envoyée, directement avec un certificat médical, soit par la gendarmerie, ou parfois par un employeur (E.D.F - Patron d'Usine).

c) Dans l'ensemble, il faut noter une évolution du recrutement par rapport à l'année précédente, dans le sens d'une diversification. Ce phénomène était, certes, prévisible dès 1972 et il s'est confirmé les années successives.

II-LES PENSIONNAIRES PENDANT LEUR SEJOUR AU FOYER :

Un Foyer tel que le Foyer L'Espérance d'Essômes-sur-Marne remplit, dans l'intérêt des malades, une double vocation d'accueil et d'hébergement, de soins et de réadaptation.

A LA VOCATION D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT :

Ce foyer reste destiné aux hommes exclus, désinsérés sociaux, divorcés, séparés, veufs ou célibataires pour lesquels il va rapidement constituer une nouvelle famille. L'attachement des pensionnaires à l'égard du Foyer

.../...

.../...

est tel que certains, en passe de le quitter, ne trouvant des chambres qu'à sa proche proximité, viennent y prendre, assez régulièrement, le repas du midi. Tout se passe comme si la dépendance, à l'égard du foyer, se substituait à la dépendance vis-à-vis de l'alcool dont elle venait tenir lieu.

B - UNE VOCATION DE SOINS ET DE READAPTATION SOCIALE

Le plan thérapeutique qui est le nôtre, concerne l'individu malade dans sa totalité, visant à guérir la maladie alcoolique, mais aussi à supprimer ses conséquences somato-psychiques, afin de permettre sa réinsertion sociale par la reprise d'un travail.

1) LE TRAITEMENT DE LA MALADIE ALCOOLIQUE se fait par l'abstinence érigée en règlement intérieur avec son corrolaire, la prise de l'Espéral.

2) LE TRAITEMENT DES ALTERATIONS SOMATOPSYCHIQUES

Les troubles psychiatriques observés au cours du sevrage sont fréquents et bien connus. Ils se révèlent, électivement, au cours de la post-cure, venant prendre le relais de l'intoxication éthylique.

Nous insisterons, surtout, sur les problèmes des états dépressifs somato-psychiques que nous rencontrons, électivement, dans notre pratique au Foyer :

- Parfois, il s'agit d'asthénie légère, simple passage à vide.
- Le plus souvent, nous nous trouvons devant un grand tableau syndromique associant une perte de l'élan vital, véritable apragmatisme, touchant la personnalité dans son ensemble, se manifestant sur un triple plan professionnel, affectif et physique.

a) Sur le plan professionnel : Il en résulte une incapacité totale à assurer un quelconque travail, les arrêts de maladies se succèdent, confinant l'individu au foyer où il ne peut que pratiquer certains petits travaux. Il s'engage aussi à vivre une vie en vase clos, perdant, à la longue, tout contact avec la vie active.

b) Sur le plan affectif : La vie affective est marquée par une régression massive, un appauvrissement de la vie relationnelle. Il abandonne, progressivement, tout ce qui pouvait le rattacher à la vie quotidienne, montrant un désintérêt pour tout ce qui n'est pas sa maladie. Il se laisse aller au gré des sollicitations, semblant incapable de faire un quelconque effort, se limitant à une existence ritualisée et automatique.

c) Sur le plan physique : La polynévrite bilatérale, massive, rebelle, évolutive, confinant à la paralysie des membres inférieurs, centre toute discussion, à tel point que le sujet ne sait plus parler que de ses jambes et de ses douleurs. Cette maladie organique est utilisée, secondairement, pour justifier la perte de l'élan vital. Tout se passe comme si le sujet s'organisait dans la maladie, préférant de loin les bénéfices tirés de son handicap,(arrêt de maladie, assistance thérapeutique, statut de handicapé) à ceux qu'il pourrait obtenir en abandonnant son symptôme et en espérant une vie active dans le cadre de la réadaptation.

d) Les causes : Sont de deux ordres : les unes sont personnelles.
En effet, il n'est pas donné à tous ces malades de devenir des grands malades.

les autres, plus intéressantes sont conjoncturelles.
C'est-à-dire qu'elles sont la résultarité des circonstances, notamment, d'hospitalisations fréquentes et longues, en milieu psychiatrique, qui semblent faire le lit à telle affection.

.../...

e) Les moyens d'y faire face : Outre les traitements médicaux classiques qui visent à rétablir l'équilibre nutritionnel (régime, vitamine B1), nous avons tenté, à partir du foyer, tantôt des hospitalisations en milieu psychiatrique, ou bien des hospitalisations en médecine générale.

Dans le premier cas, le sujet retourne d'où il vient et cela peut être considéré comme un échec thérapeutique, d'autant que l'internement est souvent définitif.

Dans le deuxième cas, nous observons une amélioration transitoire et passagère, mais, dès que l'individu se trouve en passe de reprendre son travail, il se présente comme malade et échoue dans son échec de resocialisation.

Devant ces deux impasses thérapeutiques, liées aux hospitalisations, nous avons choisi de soigner les malades au foyer. Cette solution est la plus réaliste et la plus réalisable dans les conditions actuelles. Pour cela, nous disposons de plusieurs sortes de mesures :

1) DES MESURES ADMINISTRATIVES : Dont le but est de ne pas couper l'individu des circuits du travail et de ne pas lui faire perdre le bénéfice des lois sociales. Plusieurs cas peuvent se présenter, ils peuvent être résumés à ces deux situations :

a) Le sujet se plaint de ne pas pouvoir assurer un travail, accusant une baisse de régime. Sur sa demande, il est mis en arrêt de maladie, alors qu'un traitement médical intensif est mis en route. La reprise du travail se fait le plus rapidement possible.

b) Le sujet se trouve dans l'incapacité d'assurer un travail salarié, depuis plusieurs mois, du fait de son handicap, il a perdu ses droits sociaux. Dans ce cas, nous faisons en sorte qu'il retrouve un travail en rapport avec son invalidité sociale et son traitement est payé par son travail.

2) DES MESURES MEDICALES : Outre le traitement médicamenteux, il lui est proposé :

1) de participer aux petits travaux du foyer, comme le jardinage, afin qu'il ne reste pas passif.

2) une série de séances de rééducation psychomotrice pratiquées par un kinésithérapeute spécialisé de la ville de Chateau-Thierry, traitement de longue haleine qu'il doit financer lui-même par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale.

3) le traitement vise à ne pas retirer l'individu des circuits d'échange et de vie, mais aussi à le faire participer à ses soins, puis à sa réadaptation, lui évitant, ainsi, d'adopter une position d'exclu ou d'assisté qui est une voie sans issue.

c) Vers un centre de cure et de réadaptation par le travail : Notre vocation d'accueil et de soins, telle que nous l'avons décrite et vécue, implique que nous effacions les limites imposées entre la cure de désintoxication et le post-cure. Nous sommes persuadés que ces deux étapes du traitement de la maladie alcoolique, doivent être envisagées et résolues dans le cadre d'une même institution, située en dehors de l'hôpital psychiatrique de Prémontré, à proximité des grandes villes de l'aisne.

Chaque secteur pourra peut-être voir s'implanter de tels établissements de cure et de réadaptation. On pourrait même imaginer que le traitement puisse avoir lieu alors que le sujet n'arrête pas son travail, ce qui correspondrait à une cure ambulatoire, le sujet regagnant le foyer pour y passer la nuit.

Pour l'immédiat, nous souhaitons, pour chacun de nos malades, une prolongation de séjour à la demande, en vue de réaliser ce plan thérapeutique, seule issue possible pour ces individus en marge de la société et sans recours.

III- OU VONT LES PENSIONNAIRES EN QUITTANT LE FOYER : (les aléas de la resocialisation).

Les progrès que nous avons réalisés depuis deux ans au foyer dans le traitement de nos malades en post-cure dès lors que la durée de leur séjour n'était pas limitée à 6 mois, a eu comme contrepartie logique cette difficulté de quitter l'institution.

Que deviennent ces individus en nous quittant ?

- Si le séjour au foyer ne dépasse pas 6 mois, ils regagnent tous leur lieu d'origine, ne pouvant assumer, après un si bref délai, une vie indépendante.

- Si le séjour est supérieur à une année, certains peuvent retourner dans leur famille, mais celle-ci n'existe que rarement. Il ne leur reste, comme solution, que l'hospitalisation d'où ils viennent, ou bien partir sur les routes, abandonnant, ainsi en quelques jours, le bénéfice de leur post-cure. Tout se passe, en effet, comme si la dépendance qu'ils entretenaient vis-à-vis de l'alcool s'était déplacée sur le foyer, perdant le dernier et retrouvant le premier et c'est la rechute avec, comme corrolaire, la réhospitalisation en milieu psychiatrique souvent pour une très longue durée.

Pour éviter ce dilemne, nous proposons trois sortes de mesures qui pourront être efficaces à long terme :

1) La possibilité, pour chacun des pensionnaires, de voir renouvelé son séjour de 6 mois, à plusieurs reprises, ce qui lui permettra de se dégager de la tutelle hospitalière et de reprendre contact avec la vie quotidienne. Au fur et à mesure du séjour, le spectre du retour à Prémontré s'estompe dès lors qu'il se crée de nouveaux circuits d'échanges et qu'il investit de nouveaux domaines, s'organisant, progressivement, une autre vie dans le cadre du FOYER.

.../...

2) Maintenir les contacts avec la ville d'origine ou le pays dans lequel il doit retourner, par l'intermédiaire des dispensaires d'hygiène mental du secteur. Dans ce but, nous avons provoqué une réunion avec les différentes assistantes sociales du secteur de l'aisne, en Juin 1973, en vue de mettre en place l'après post-cure, celle-ci pouvant inciter les médecins locaux en les sensibilisant à la prise en charge de tels patients.

3) Certains pensionnaires, qui sont trop malades ou tout à fait isolés, prennent le parti de rester dans la région de Chateau-Thierry, gardant contact avec le Foyer où ils viennent prendre le repas, participant, parfois, à ses activités. Pour ceux-là, grâce à l'appui du Député Maire M. R. et du Directeur de la DASS M. P., nous avons mis en place une annexe au foyer, en cours de réalisation, qui les hébergera pour une durée indéfinie.

Cette année, la diversification du recrutement nous amène à traiter puis à réadapter, dans de meilleures conditions, des sujets moins malades, moins chronicisés par leur passé asiliaire. Les méthodes de soins et de resocialisation ont, donc, pu être affinées dès lors que le séjour dépassait une durée de 6 mois. Il faut, donc, envisager pour l'avenir de mettre en place un foyer de post-cure et de réadaptation agrée par la sécurité sociale avec, comme complément, une annexe d'hébergement.

II - RESULTATS COMPARATIFS -

- Le foyer de post-cure de Chelles,
- Le foyer d'hébergement d'Essomes.

A) - CRITIQUE SUR LA CODIFICATION STATISTIQUE DES RESULTATS :

Nos résultats sont, difficilement, codifiables dès lors que le concept de guérison est délicat à cerner. On ne peut pas opérer de restitution anatomique ou fonctionnelle ad intégrum, comme en médecine organique. Les anciens buveurs sont, eux-mêmes, extrêmement prudents et préfèrent le terme de stabilisation à celui de guérison indiquant par là que la rechute fait partie de la maladie.

Ne pouvant plus consommer d'alcool en petite quantité, ils deviennent des handicapés à vie.

Les critères de stabilisation sont, donc, de deux ordres :

1°) Les uns se rapportant au maintien de l'abstinence.

2°) Les autres témoignent d'une réinsertion socio-professionnelle et familiale correcte, véritable reprise de contact avec la réalité.

Cette stabilisation, nouvel équilibre entre des forces antagonistes, est l'équivalent d'une guérison sociale, un autre statut qui définit que l'individu s'aménage.

Pour cela, il nous faut apprécier l'efficacité de notre travail en envisageant séparément, les résultats acquis pendant le séjour au foyer qui sont les plus repérables, de ceux de l'après post-cure, pour finalement les comparer à ceux obtenus au foyer de post-cure de Chelles.

B) - LES RESULTATS DE L'EXPERIENCE PENDANT LE SEJOUR DES PENSIONNAIRES AU FOYER :

1) Nous voudrions insister en premier lieu sur l'identité du recrutement entre les deux foyers de Chelles et d'Essonnes qui reçoivent tous deux une clientèle d'alcoolisme psychiatrique. 74 % des individus sont passés par un établissement psychiatrique avant d'être admis à Chelles contre 80 % à Essonnes.

Ce phénomène qui semble relativement récent est certainement à rapporter au développement considérable et tutellaire des secteurs psychiatriques auquel il faut ajouter la disparition fonctionnelle des services de rééducation des éthyliques.

2) Tous deux ont un recrutement polysectoriel et unisexué et
* régional pour le foyer d'ESSOMES (Aisne et départements limitrophes).
* plus national pour l'établissement de post-cure de Chelles.

Ceci n'est que la concrétisation du style de vie de nos malades alcooliques, psychopathes marginaux souvent sans domicile fixe donc sans attache familiale et professionnelle localisable pour lesquels le foyer constitue des amarres possibles.

3) Quelques considérations sur la durée du séjour

Dans l'appréciation des résultats nous sommes en accord avec le Docteur EDREY "pour considérer que la stabilisation est médiocre chez des sujets dont le séjour est dans l'ensemble inférieur à une durée de 3 Mois.

a) en matière d'absence l'échec est à redouter si les absences se manifestent dès le 25ème jour qui suit l'admission.

b) pour ce qui est de l'imprégnation on pourrait en dire autant lorsque le sujet se remet à boire avant la fin du Ier mois.

c) Quant aux troubles du comportement leur apparition est plus tardive mais on doit redouter l'échec si ces troubles se manifestent avant la fin du 2ème mois " EDREY Thèse de médecine p.

Nos avis divergent dans la mesure où nous sommes quant à nous partisan d'un séjour en foyer beaucoup plus long que ceux que semblent recommander les Médecins de Chelles. Une année nous semble être une durée minimum.

A la lueur de ces considérations il nous semble judicieux de cerner deux périodes délicates dans le séjour quelque soit sa durée sur le triple plan du travail, de l'alcoolisme, des troubles du comportement. Il s'agit du début ou de la fin du séjour.

Des troubles précoces, une inadaptabilité, des arrêts de travail fréquents en début de séjour sont de mauvais pronostic.

En fin de séjour il est possible de dégager une pathologie spécifique que l'on pourrait qualifier de syndrome du 6ème mois et qui se signale à notre attention non pas tant par des rechutes spectaculaires que par des troubles psychiatriques caractérisés ou somatiques. Il est indispensable d'éviter les réhospitalisa--tions à cette époque car ces symptômes disparaissent une fois ce cap franchi.

4) La pathologie de la post-cure s'exprime à travers la reprise du travail.

L'alcoolique désintoxiqué, abstinent est un sujet blessé, endeuillé qui vit dans un équilibre précaire. La post-cure est donc l'époque ou l'alcoolisme cède le pas au délire ou à la dé--pression si aucun objet substitutif n'est investit.

Ainsi la non reprise de travail, l'arrêt de travail acci--dentel (chomage, congé annuel) donne lieu à toute une patholo--gie que nous avons décrite et qui semble spécifique de cette période. C'est ainsi que nous avons isolé :

-- Les Etats Dépressifs Mélancoliques
-- Les Syndromes somato psychiques associant la perte de l'élan vital, touchant la personnalité dans son ensemble se manifestant sur le triple plan professionnel, affectif et physique.

C) LE DEVENIR DES PENSIONNAIRES - LA PLACE DE TELS INSTRUMENTS DE SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE DES ALCOOLIQUES.

L'avenir de nos malades à la sortie du foyer de réadaptation est incertain et mal connu. Les renseignements sur leur devenir sont difficiles à utiliser. Il est cependant possi--ble de dire que au moins trois possibilités s'offrent à ces su--jets quand ils quittent notre établissement :

1) Certains se réadaptent à une vie familiale ou profession--nelle.

2) D'autres regagnent immédiatement les circuits de soins notamment l'Hôpital Psychiatrique.

3) Pour des derniers l'annexe au foyer peut constituer une solution d'hébergement et l'attente.

1) VERS UNE VIE INDEPENDANTE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET FAMILIALE.

Plus de la moitié de nos pensionnaires de 50 à 65 % quittent le foyer souvent après un passage assez long pour réintégrer leur milieu d'origine.

Certains regagnent le domicile d'un membre de leur famille ou directement leur pays avec lequel ils conservent certaines attaches.

Tous ces sujets ont en commun de disparaitre des circuits médico-sociaux qui les avaient conduit au foyer mettant ainsi une distance entre leur nouvelle vie et leur passé hospitalier. Il est difficile dans ces conditions d'apprécier leur devenir, le maintien de l'abstinence étant à notre avis toujours rela--tif alors que l'intégration professionnelle apparaît comme la base la plus solide à long terme.

2) LE RETOUR A L'HOPITAL

Le quart de nos malades retournent d'où ils sont issus. Pour ceux là l'hôpital est une fatalité, l'éternel point de départ et de retour à tel point que leur vie se confond avec leur hostobiographie. Leur séjour au foyer est toujours un véritable périple, semé d'embuches, d'impossibilités et de rechute, de passage à l'acte.
Ce sont les plus marginaux des marginaux qui nous confrontent douloureusement à nos limites thérapeutiques.

3) LA SOLUTION DE L'ANNEXE

Un séjour prolongé à l'annexe représente une issue pour l'autre quart des pensionnaires qui ne peuvent regagner un milieu familial existant sans pour autant devoir retourner à l'Hôpital psychiatrique.

Leur vie sera une survie à l'abri des dangers que tout à chacun est amené à rencontrer chaque jour.

Il est difficile de comparer nos résultats avec ceux du Foyer de Chelles car les conditions de travail y sont totalement différentes. Cependant EDREY note sur un groupe de 74 sortants choisit pendant une période de référence :

* 26 sujets qui sortent après un séjour normal (6 mois) ce qui correspond environ au 1/3 du groupe.
* 13 pour convenance personnelle ou sur demande
* 36 à la suite d'un refus de soin soit la moitié environ.

Dans l'ensemble la durée de séjour est plus courte à Chelles ce qui peut s'expliquer par deux raisons

* Raison administrative : la sécurité sociale limite stricte--ment la durée de ces séjours ne permettant que difficilement les prolongations.

* Cause locale. Le moindre isolement de ce foyer situé en pleine ville doit inciter les pensionnaires à écourter la post-cure et reprendre prématurément une vie autonome d'où les rechutes.

Le problème que semble rencontrer électivement le Foyer de Chelles est donc celui de l'instabilité relative de ses pensionnaires pendant leur séjour.

En contrepoint à cette difficulté la création du restaurant thérapeutique qui permet aux pensionnaires de garder contact a avec le foyer apparaît comme une initiative heureuse car elle concilie les deux nécessités de l'après post-cure : une plus grande liberté mais une surveillance médico-sociale maintenue.

Le quart d'entre eux fréquenteront ces restaurants thérapeutiques à titre d'externe.

Nous retrouvons donc le même pourcentage de pensionnaires à Chelles et à Essomes environ 25 % qui acceptent de prolonger leur séjour souvent faute d'autres solutions, parfois pour consolider des résultats acquis.

Ces 25 % sont dénommés :

/ Externes à Chelles

\ Anciens à Essomes.

" L'Externe " n'est plus hébergé mais continue à prendre ses repas donc à garder contact avec l'institution bien qu'il soit logé à l'extérieur et qu'il mène par ailleurs une vie indépendante.

" L'Ancien " peut financer dans certains cas la totalité de son prix de journée. Il est hébergé nourri mais n'est plus soumis à la même surveillance qu'autrefois car il entre dans l'après post-cure.

Entre le Foyer d'Essomes et celui de Chelles, il y a plus de différence qu'il y a entre un foyer d'hébergement et un foyer de post-cure. L'un est situé dans une petite ville au sein d'un département rural, l'autre est édifié en pleine banlieu parisienne. Les pensionnaires du premier semblent plus attachés, plus dépendants de l'établissement qu'ils ne peuvent quitter que graduellement = Successivement malades, pensionnaires, "anciens" pensionnaires.

Le second foyer offre une diversification de prise en charge à resituer dans le contexte parisien et hospitalier.
La possibilité de devenir externe sans être passé comme pensionnaire au foyer est une initiative heureuse. En contrepartie la vie communautaire dont nous eavons l'importance à Essomes est ici moins développée, moins étouffante donc peu aliénante.

Il n'est donc pas surprenant de constater qu'une grande proportion de pensionnaires ont tendance à quitter Chelles en cours de séjour en vue d'une émancipation précoce, laissant ainsi l'impression d'une instabilité, alors que le problème est inverse pour Essomes autour duquel gravitent un cortège d'anciens et chroniques.

-=-=-=-=-=-

III - PERSPECTIVES D'AVENIR : VERS UN CENTRE DE SOINS ET DE READAPTATION DANS LA COMMUNAUTE (Voir Schéma n° 3)

Cette expérience de trois années de malades alcooliques dans le cadre d'un Foyer de réadaptation a été pour nous riche d'enseignement. L'amélioration des conditions de soins, d'accueil que nous avons décrit ne doivent pas dissimuler les inconvénients et des difficultés d'un tel travail, ni masquer son isolement.

Pour cela un tel établissement ne peut se contenter de faire de l'hébergement comme l'indique sa dénomination officielle. Il doit avoir vocation thérapeutique et réadaptative.

Le Directeur de la D.A.S.S. conscient de ce problème a augmenté le prix de journée afin que soit réalisé des améliorations matérielles et relationnelles. Il a été ainsi prévu l'augmentation du nombre de chambres individuelles et la réfection d'une partie de l'établissement.

Surtout il fut décidé d'étayer l'équipement en personnel. Dans ce but un poste d'infirmier fut créé. Malheureusement l'éloignement géographique de l'établissement, son isolement, l'ingratitude d'un tel travail ont découragé les rares candidatures et après une année le poste n'est toujours pas pourvu. L'espoir de voir ce poste occupé par un candidat s'amenuise progressivement.

Il y a lieu de s'orienter vers une autre formule plus réaliste et plus réalisable bien qu'à long terme.

Son principe est de grouper dans le même lieu une unité de jour et une unité de nuit.

- L'unité de Nuit correspond au foyer d'hébergement.
- l'unité de Jour correspondrait à la mise en place dans les locaux du foyer vacants la journée d'un hôpital de Jour. Cette demande ne peut être que l'initiative du Médecin Chef de secteur.

Ces deux structures sont complémentaires et apporteraient des bénéfices à chaque partie.

1) Au Médecin Chef de secteur qui disposerait ainsi d'un lieu d'hospitalisation de jour au sein de la ville principale de son secteur. Rappelons que les malades de Chateau-Thierry lorsqu'ils doivent être hospitalisés le sont à Prémontré c'est-à-dire à 80 kms de leur domicile.

Les malades qui ne pourraient regagner leur domicile le soir bénéficieraient des possibilités d'hébergement de l'unité de nuit.

2) Au Directeur du Foyer qui pourrait être chargé de la gestion administrative des deux unités.

La présence d'une structure thérapeutique (Infirmiers, Médecin, Psychothérapeute) leur serait d'une grande utilité pour résoudre ce délicat problème de la non formation et de la rareté de son personnel d'encadrement.

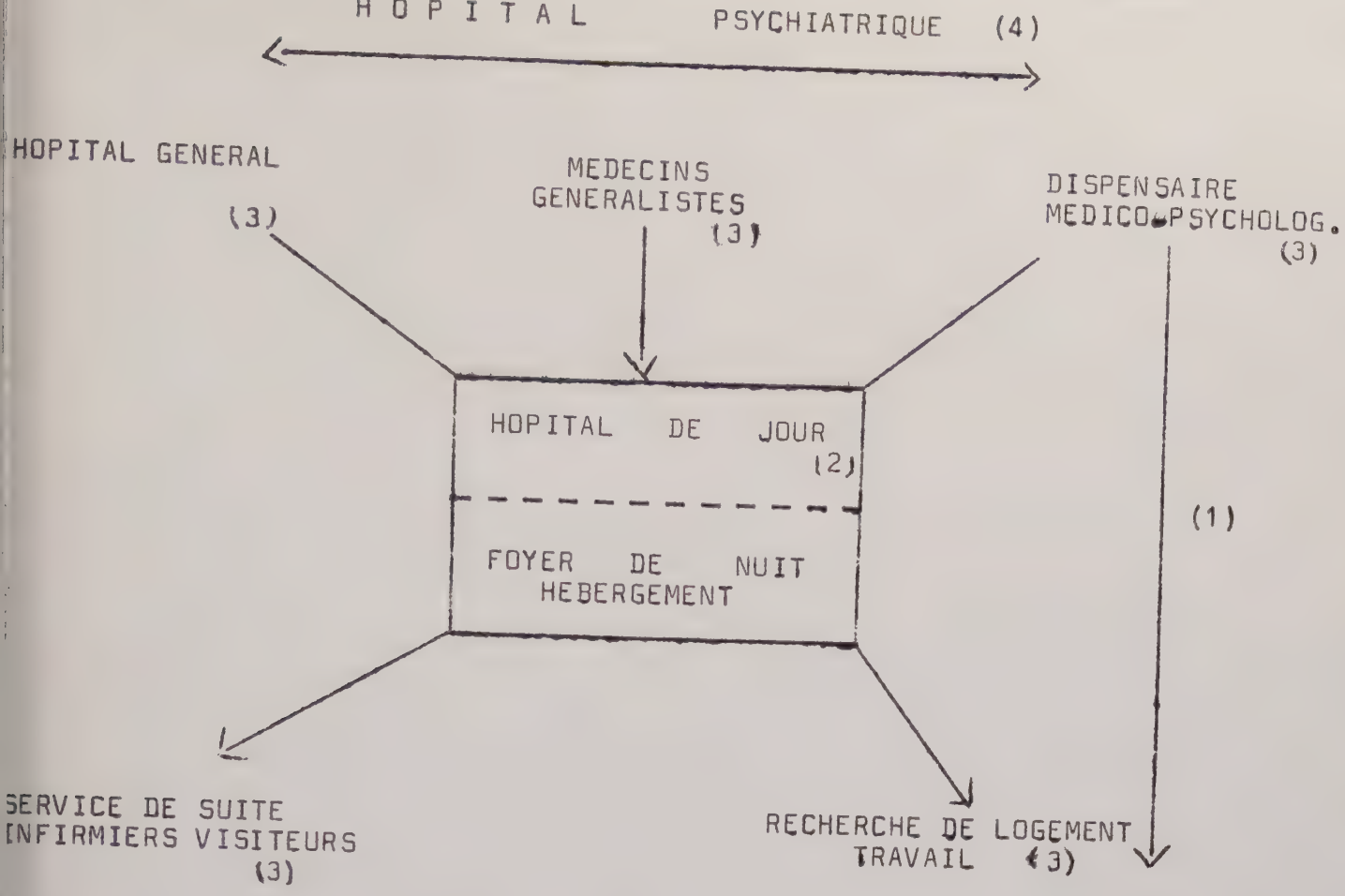
Certains sujets inaptes momentanément au travail ou malades pourraient bénéficier la journée des activités thérapeutiques de jour plutôt que de roder dans les murs déserts de l'établissement en l'attente d'une amélioration incertaine.

Ce modèle aurait l'avantage de réunir dans les mêmes locaux à des horaires différents les activités thérapeutiques et réadaptatives. Le voisinage des deux unités, leur interpénétration aurait le mérite de déplacer les problèmes de l'Hôpital psychiatrique sur la communauté.

La rencontre d'une structure thérapeutique (unité de jour) axée sur l'Hôpital général, le dispensaire, la famille,

et d'une structure réadaptative qui est branchée sur le monde du travail, la recherche de logement ne peut qu'aller que dans l'intérêt des malades.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-



(1) L'Unité de Jour et de Nuit ainsi conçue et représentée implique que les alcooliques puissent être mêlés à d'autres malades mentaux.

La flèche 1 va de l'univers de soins et de l'Hôpital à la réinser--tion socio-professionnelle.

(2) A l'unité de jour et de nuit est dévolue préférentiellement les soins et la réadaptation.

(3) Les différentes institutions qui entourent les unités peuvent s'occu--per de l'après post-cure mais aussi de la prévention.

(4) L'Hôpital Psychiatrique très éloigné désencombré garderait cependant une certaine spécificité mais ne serait plus le seul lieu de soins.

(SCHEMA N° 3)

-=-=-=-=-=-=-=-=-

- C O N C L U S I O N -

- C O N C L U S I O N -

I - LE DISCOURS DE LA READAPTATION, LE DISCOURS DE LA PSYCHOTHERAPIE :

Le but de ce travail est de montrer qu'il est possible de concilier deux conceptions de l'alcoolisme qui s'opposent, souvent, point par point, quand elles ne s'ignorent pas :

- d'une part, une tendance, que l'on peut nommer institutionnelle/organisationnelle, qui vise à codifier les méthodes de soins en les séparant, un peu arbitrairement, en période de cure, de post-cure, voire d'après post-cure. A cet égard, les foyers de réadaptation qui sont des instruments de soins et de réadaptation, peuvent, donc, être décrits en ces termes.

- d'autre part, une autre tendance qui privilège l'étude de la relation thérapeutique sur celle des instruments de soins, que l'on peut qualifier de discours de la psychothérapie, par opposition au précédent qui serait le discours de la réadaptation.

II - L'EXPERIENCE DE TROIS ANNEES DE TRAITEMENT DE MALADES ALCOOLIQUES :

1) Géographiquement : Le foyer occupe une position excentrée au sud de l'Aisne et aux confins de la Champagne et de l'Ile de France. L'éloignement de l'hôpital psychiatrique , son isolement , sont des données fondamentales, car elles permettent de comprendre l'exacerbation de cette vie communautaire sur laquelle nous avons insisté, aussi bien dans ces aspects négatifs (révolte de groupe, situation de crise), que dans ces aspects positifs (thérapie collective).

2) Sa situation, comme lieu d'hébergement et de réadaptation, explique sa vocation d'accueil de sujets alcooliques, des insérés sociaux professionnels et familiaux, souvent issus des maisons psychiatriques (60 à 80 % de nos malades sont passés par un hôpital psychiatrique).

3) La monotonie de ce recrutement unisexué, polysectoriel à prédominance psychiatrique, va de pair avec une certaine pauvreté des méthodes de prise en charge. En témoigne :

- d'une part : Le financement du foyer sous la forme d'un prix de journée dérisoire de 42 frs, par l'Aide Sociale, mais non par la Sécurité Sociale, ce qui confère une orientation sociale prédominante à cette institution.

- d'autre part : Un personnel d'encadrement, extrêmement réduit et peu compétent, essentiellement constitué d'anciens buveurs. Seule la personnalité du Directeur militant "Vie Libre" se dégage et, à lui seul, il représente l'image idéale de l'ancien malade, abstinent véritable, clef de voûte de l'institution qu'il imagina et créa dès 1970.

Au cours de ce travail, nous avons insisté sur les mécanismes mis en jeu dans la stabilisation des buveurs, en révélant qu'ils doivent, obligatoirement, s'identifier au personnage du Directeur et des surveillants. Ces derniers, devenus personnage publique, continuent de se soigner en soignant les autres pensionnaires, car leur maladie ne leur appartient plus. En pratique, la rechute d'un surveillant entraine la rechute d'une multitude de pensionnaires.

Ce système de soins, clos, refermé sur lui-même, que l'on pourrait comparer à une structure pyramidale, où chaque élément soutient l'autre, avait une capacité thérapeutique limitée.

.../...

4) L'introduction d'une équipe thérapeutique, dont le médecin est le meilleur garant, est relatée dans l'histoire diachronique du foyer.

Successivement, l'on voit se dérouler trois périodes qui s'enchainent les unes aux autres :

- une période intérieure (la 1ère année) qui aboutira à la réorganisation du foyer.

- une période extérieure de contact avec la population locale et d'ouverture sur la communauté (la 2ème année).

- une période administrative (la 3ème année) qui aboutit à la mise en place des dispositifs de l'après post-cure.

5) Ce cadre thérapeutique et réadaptatif, ainsi défini, synchroniquement et diachroniquement nous permit de dégager certaines composantes de la personnalité des malades alcooliques, à travers leur comportement de la post-cure.

Il est, cependant, difficile, de généraliser ses traits de caractère à tous les alcooliques, car notre recrutement ne correspond qu'à une faible partie d'entre eux.

a) Les comportements abandonniques : sont constants, ce qui n'est pas étonnant chez ces malades désinsérés, souvent oubliés des leurs. Ne voulant pas nous arrêter à cette constatation superficielle, nous avons montré que ces caractéristiques sont constitutives de leur être et renvoient à leur choix d'objet libidinal.

Cette analyse qui, pour être complète, se réfère à des notions psychopathologiques, a le mérite de mettre en avant ce couple que l'alcoolique forme souvent avec une femme (épouse ou mère) et dont nous saisissons tous les conséquences de son absence.

b) Les comportements psychopathiques : sont à comprendre comme des troubles du caractère, souvent délictueux, s'insérant sur une personnalité immature, impulsive et instable.

c) Les comportements psychotiques : renvoient plus à la fragilité de nos malades qui se révèle, électivement, pendant la post-cure où l'alcoolisme cède le pas au délire ou à la dépression La fréquence de ces dépressions mélancoliques nous a amenés à en donner une explication théorique et psychanalytique et quelques perspectives thérapeutiques.

6) Les méthodes thérapeutiques :

Confrontés à telle réalité, il nous a fallu imaginer des méthodes thérapeutiques spécifiques. Pour cela, nous avons allié, harmonieusement, les thérapies de groupes aux thérapies individuelles.

Les premières utilisèrent le cadre communautaire, préexistant, en le transformant en une communauté thérapeutique. Les réunions furent, donc, axées dans deux directions différentes mais complémentaires.

- Les réunions intérieures : visèrent à débattre, entre nous, de problèmes qui avaient trop tendance à se résoudre sur la voie publique, dans le cadre de passage à l'acte délictueux. Ces réunions qui rassemblaient les trois parties, le personnel du foyer, le médecin, les pensionnaires, ont eu une orientation psychothérapique, car elles obéissaient à un mouvement dialectique, irrémédiable, qui visait à mettre à jour certains phénomènes de groupe inconscient. Elles aboutirent, par ailleurs, à une réorganisation structurale du Foyer et à la mise en place d'un nouveau règlement.

- Les réunions extérieures : visaient à rassembler, outre les pensionnaires, le Directeur, le Médecin, les gens de l'extérieur intéressés ou concernés par le Foyer ou l'alcoolisme.

En complément des précédentes, elles permirent, en introduisant un tiers, de réaliser l'ouverture nécessaire sur la collectivité locale. Leur orientation était plus éducative, moins psychothérapique, plus directive, moins libérale. Dans l'ensemble, elles allaient dans le sens de la réadaptation à la vie socio-professionnelle dont elles devenaient l'instrument essentiel.

Nous voudrions insister sur les deux dernières réunions, car elles permirent d'expliciter tout un matériel propre à l'analyse :

- La soirée sur l'alcoolique et sa famille, où toutes les discussions furent centrées sur l'enfant, tantôt battu, martyr, abandonné, qui devenait, ainsi le porte-parole de la misère de ses parents. Nous nous réservons de préciser ce point fondamental du discours de l'alcoolique dans un prochain travail où sera, corrélativement, étudié ce triangle que constitue l'enfant de malade alcoolique, l'enfance du malade alcoolique, l'enfant malade de l'alcoolique.

- La place du travail, comme investissement majeur chez l'alcoolique, comme substitut à son intoxication, sera reprise ultérieurement.

Sur le fond, ces thérapeutiques de groupe, quel que peut être leur intérêt, présentent des inconvénients. En effet, elles vont dans le sens d'une exagération, de l'anonymat, chaque individu ayant, alors, tendance à se confondre, puis à se retrancher derrière le groupe dans un statut d'alcoolique. De sujet de son histoire, il devient sujet sans histoire, bref, un alcoolique comme tous les autres.

Afin de pallier à cette difficulté inhérente au travail collectif, nous avons mis en place, en contrepoint des méthodes précédentes, des thérapeutiques individuelles tout entières résumées par la consultation médicale.

Cette consultation médicale, lieu privilégié du colloque singulier, espace spécifique de la rencontre de l'individu malade et de son médecin, a dû être resituée dans son contexte institutionnel. La présence du Directeur à certains entretiens, comme tiers garant de l'abstinence, me laissait, ainsi, plus de liberté dans mon travail d'écoute que je voulais psychothérapique.

III - La place de notre expérience, ainsi relatée, dans le cadre des méthodes et instruments de soins destinés aux malades alcooliques :

Ce travail, ainsi défini, doit être resitué dans le contexte le plus vaste des institutions et méthodes de traitement de l'alcoolisme.

Nous avons montré, qu'historiquement, l'attitude des médecins, autrefois moralisatrice, s'est considérablement modifiée. Les progrès apportés par les découvertes psychanalytiques allant de pair avec les résultats encourageants de la biologie, de la pharmacologie, de la médecine interne, aboutirent à la naissance de l'alcoologie. Parallèlement, la libéralisation des thérapeutiques psychiatriques ouvrit le champ au domaine de la réadaptation sociale.

A cet égard, les foyers de réadaptation, récemment crées, viennent compléter, dans les faits, la dimension rééducative de la loi de 1954 sur les alcooliques dangereux.

Ces foyers de réadaptation regroupent, en fait, deux sortes d'établissements :

- Les premiers, sont des lieux de post-cure, proprement dit, agrées par la Sécurité Sociale, disposant de moyens convenables pour assurer les objectifs qui leur sont assignés. C'est le cas du Foyer de Chelles en Seine et Marne.

- Les seconds, sont des lieux d'hébergement subventionnés par l'Aide Sociale, qui apparaissent comme les parents pauvres des premiers. Le foyer d'Essomes en est le type.

Si, à l'hôpital sont dévolus les soins, la cure, la rééducation, donc le traitement de la période aigüe, les foyers de réadaptation se voient chargés de la prise en charge, à long terme, de la post-cure et de l'après post-cure, donc de cette période où l'individu, en quittant son statut de malade, doit se réinsérer dans la vie sociale.

Les résultats obtenus, pendant le séjour au foyer, sont, habituellement, satisfaisants, tant sur le plan de l'abstinence que sur celui de la réinsertion socio-professionnelle.

Le devenir des pensionnaires est, par contre, incertain, les aléas de l'après post-cure sont nombreux. Néanmoins, nous pensons qu'au moins le quart des pensionnaires peuvent se réinsérer sur plusieurs années. Ces individus sont ceux, qui tout en quittant le foyer, gardent des attaches avec l'institution, que ce soit à titre d'externe, en bénéficiant du restaurant thérapeutique à Chelles, que ce soit à titre d'ancien, logés dans l'annexe du foyer d'Essomes.

Nous pensons que l'après post-cure, c'est-à-dire, l'espace de transition entre la réadaptation et la vie normale que parcourt l'individu malade en se réinsérant, doit être partagé entre, d'une part, ces foyers et, d'autre part, les dispensaires d'hygiène mental ou d'hygiène alimentaire et les médecins généralistes.

Nous avons, également, montré que cet espace de l'après post-cure coïncide avec celui de la prévention.

- QUELQUES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -

1) - ABRAHAM K. "Les relations psychologiques entre la sexualité et l'alcoolisme" 1908 - Oeuvres complètes - Paris, Payot, 1965 - p. 48-55 -

2) - ABRAHAM K. "Analyse du mythe du breuvage divin in rêves et mythes" - 1909 - Oeuvres complètes, Paris, Payot 1965 - p. 207-210 -

3) - BAILLY-SALIN ME ZACKLAD et J. KRIEF "Alcoolisme et Libido" - Confrontations psychiatriques 1972 - 8, p. 83-93 -

4) - BATAILLE G. "Ma mère" roman collection 10-18 1972 -

5) - BIOY CASARES Adolfo Plan d'évasion chez Laffont -

6) - CROZIER J. "Quelques réflexions sur la réadaptation des alcooliques chroniques" Revue Alcool et Santé 1973 - 5 - 12 - 19 -

7) - DESPINOY M. BLEANDONU G. "Réflexions critiques sur les clubs thérapeutiques". Inform. psych. 1967 n° 10 - 1283 - 1292 -

8) - DUBLINEAU J. "La loi du 15 Avril 1954 et l'état actuel des idées en matière réadaptative". Inform. psych. 1966 - 9 - 995 - 1002 -

9) - EDREY M. "Recherches sur les comportements des alcooliques chroniques dans un centre de post-cure" - Thèse Paris 1967 -

10) - FOUQUET P. "Névroses alcooliques" - Encyclopédie médico-chirurgicale, 1955 - 37 380 C 10 -

11) - FREUD S. "L'interprétation des rêves" - Paris - Presse Universitaire de France 1971 -

12) - FREUD S. "D'un Type particulier de choix d'objet chez l'homme", la vie sexuelle, Paris - Presse Universitaire de France - 1969 - p. 49-55 -

13) - FREUD S. "Deuil et Mélancolie" - métapsychologie, Gallimard 1968 - p. 147 - 174 -

14) - GUILLEMAUT J. "Une psychanalyse d'alcoolique, résumé" Revue Française de Psychanalyse - 1972 - n° 5 - 6 -

15) - ISRAEL L. - SUBRA-CHARPENTIER N. "La femme de l'alcoolique" - Confrontations psychiatriques 1972 - n° 8 - 83 - 94 -

16) - JAEGI "F" "Travail et thérapie de réadaptation" - 1968 EMC Tome 6 37 931 A 10 -

17) - LASEGUE C. "Le Délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve" écrits psychiatriques - Textes choisis et présentés par J. Conaze - Collection "Rhadamanthe" Privat, 85 - 106 -

18) - LECLAIRE S. "Seminaire 1969 au centre universitaire et expérimental de Vincennes" la lettre infâme - 1969 -

19) - LEVY VALENSI Précis de psychiatrie, Baillière J.B - Paris 1926 -

20) - LEGER J.M DAUDET G. "L'appétence à l'alcool et son traitement - annales médico-psy. Paris - 129ème année n° 2 - p. 193 - 217 -

21) - OURY J. Thérapeutique institutionnelle - EMC 1972 - 37 930 G 10 -

.../...

.../...

22) - PELLET J.
COTTRAUX J. "Alcoolisme et structure psychotique" - Confrontations psychiatriques 1972 - 8 p. 21 - 65 -

23) - PONTALIS J.F "Rêve dans un groupe" - Le travail psychanalytique dans les groupes -Dunod- Paris 1972 - p. 251 - 268 -

24) - POUQUET M. "Déontologie et Pratique Psychiatrique de l'Institution Militaire" - Inform. Psych. 1974 - 2 - 125 - 133 -

25) - RAINAULT J. "Alcoolisme et Hôpitaux Psychiatriques" Revue de l'alcoolisme - 1974 - 20 - 37 - 40

26) - ROCHEFORT C. "Le repos du Guerrier", roman -

27) - SHENTOUB SA
MINOLLA A. "Pour une psychanalyse de l'alcoolisme" -Payot, Paris 1973 - (Ce livre possède la bibliographie la plus complète à ce jour) -

28) - TAUSK V. "Zur Psychologie des Alkoholischen Beschaftigungsdelirs" INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT für arzel Psychoanalyse 1915 - 3 - p. 201 - 226 -

29) - WOIMANT B. "Cinq ans de cures de désintoxication en Médecine à l'hôpital général de Compiègne" - Revue de l'alcoolisme - 1974 - 20 - 56 - 70 -

30) - WOODBURY M. L'équipe thérapeutique - L'inform. Psych. n° spécial Décembre 1966 -